Docteur RAYMOND BÉGHIN

MEMOIRE
POUR SERVIR A L'ÉTUDE
DU
Dépistage de l'Hérédo-Syphilis



LILLE
Imprimerie G. SAUTAI
[illegible], rue Gauthier-de-Châtillon

1932

Docteur Raymond BÉGHIN

MÉMOIRE

POUR SERVIR A L'ÉTUDE

DU

DÉPISTAGE

DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS



« Il n'est que temps de comprendre devant la pénurie
« de nos naissances, devant notre mortalité plus élevée
« que dans les autres nations, devant la proportion mena-
« çante de nos dégénérés, devant les pertes subies par
« notre commerce et notre industrie... que la syphilis
« n'est pas une maladie qui n'intéresse que les imprudents
« qui s'y exposent, mais une calamité générale contre
« laquelle la Société tout entière doit se défendre ».

Vernes.

— 1932 —

I. — Introduction

La syphilis, dit Jeanselme « est une infection héréditaire et contagieuse produite par un agent qui lui appartient en propre : le treponéma pallidum. Pandémique et strictement humaine elle évolue par poussées successives et se traduit par une infinité de manifestations qui peuvent occuper tous les tissus : la peau, les muqueuses, le squelette et les viscères ».

Cette infection est transmise par les parents au fœtus à une époque quelconque de la vie intra-utérine. Très souvent la maladie provoque l'interruption prématurée de la gestation. Les enfants hérédo-syphilitiques nés vivants offrent une mortalité effrayante, ceux qui échappent aux épreuves du bas âge portent des stigmates dystrophiques et demeurent exposés toute leur vie aux accidents de la syphilis tardive.

Depuis 1810, époque ou Bertin publiait son « Traité de la maladie vénérienne chez les femmes enceintes et chez les enfants nouveau-nés » un grand nombre d'auteurs ont montré la nécessité d'attaquer la syphilis héréditaire avant même que l'enfant ne soit

né. Ce principe a reçu depuis quelques années une application très efficace.

Le Professeur Paucot déclarait au Congrès de Nancy en 1928 que la grossesse représentait une réaction biologique de la syphilis des plus sensibles et des plus objectives à l'investigation du praticien.

Nous pensons que cette remarque est des plus justes car bien souvent au cours de la grossesse, de l'accouchement et chez le nouveau-né, la syphilis se démasque.

En 1926, le Professeur E. Bertin écrivait : « Depuis plusieurs années la fréquence de la syphilis ignorée chez la femme attire l'attention non seulement de l'accoucheur et des syphiligraphes mais aussi celle de tous les cliniciens. Tous ont été frappés par ce fait que chez beaucoup de femmes la syphilis peut rester latente pendant de longues années — qu'on la voit se révéler tout à coup à l'occasion d'une grossesse qui se termine par un avortement, par un accouchement prématuré avec fœtus mort ou par la naissance d'un enfant porteur de lésions incontestablement spécifiques — il n'est pas rare de voir la syphilis se localiser exclusivement sur le produit de la conception : saines en apparence avant chaque grossesse, les femmes mettent au monde un fœtus ou un enfant dont la syphilis contraste, par sa virulence, avec l'état de santé de la mère, excellente en apparence, et tout rentre dans l'ordre après la délivrance. Ces femmes restent bien portantes pendant de longues années et même pendant toute leur vie ; chez certaines les réactions humorales s'éteignent et deviennent négatives ».

L'accoucheur se trouve être placé à un point stratégique de l'évolution de la maladie, il est situé aux carrefours de la vie, il enquête sur le passé, il assiste au présent et préside à l'avenir : cette situation « dynamique » permet de mieux découvrir et guérir les anomalies qui surgissent parfois inopinément dans le rouage biologique.

Comme le dit CHAPPAZ de Reims « l'accoucheur « peut déceler la syphilis pour une même personne « dans trois paysages différents... pendant les 9 mois « de la gestation, les suites de couches et environ « 20 mois du nourrisson il verra un film se dérouler « sous les yeux. Il est en trois épisodes, dans chacun « des épisodes il notera des tableaux plus ou moins « longs, plus ou moins insistés qui lui expliqueront « le dénouement final ».

D'autre part la syphilis est essentiellement une maladie familiale, pour découvrir ce mal il faut étudier le plus grand nombre possible de membres d'une même famille, ce n'est pas seulement un individu qui doit nous intéresser mais la famille toute entière et c'est sur plusieurs générations qu'il faut faire porter nos investigations.

Les notions de syphilis latentes, de syphilis larvées ou « camouflées », de syphilis de 2me et 3me génération nous incitent à reprendre l'histoire familiale du plus loin possible, les acquisitions relativement récentes sur le polymorphisme du spirochète, les travaux qui décrivent des lésions uniques du cordon, avec présence de tréponèmes pâles plus ou moins altérés,

élargissent considérablement le champ jusqu'alors exploré de la toujours terrible vérole, ces découvertes permettent des hypothèses nouvelles ou expliquent des faits demeurés incompréhensibles. Maintenant que les syphiligraphes ont prouvé combien la syphilis était polymorphe, combien elle empruntait de voies détournées et de masques différents pour se propager, nous nous croyons autorisés à la rechercher partout, en nous défendant cependant de la trouver toujours.

Quelques chiffres démontreront l'importance de la syphilis héréditaire et justifieront le cri d'alarme poussé par Vernes en 1925.

En 1928 MM. Paucot et Nuytten nous indiquent que la syphilis héréditaire de la mère se montre meurtrière pour le produit de conception dans 53,13 % des cas, tandis que la syphilis acquise donne le chiffre très inférieur de 38,46 %. MM. Rudaux et Montlaur arrivent dans leurs statistiques au chiffre effrayant de 87 %, ces chiffres indiquent combien le dépistage de l'hérédo-syphilis est important et à quel point la société se doit de se défendre contre ce fléau incrusté dans notre race.

Dans la statistique de Lévy-Solal on trouve les chiffres de 70 % de mortalité fœtale dans les cas de syphilis récente non traités, 68 % pour les syphilis anciennes, 40 % pour les syphilis héréditaires. Ces chiffres tombent respectivement à 4,25 %, 1,08 % et 2,6 % lorsque les femmes sont régulièrement traitées.

Nous fûmes très frappés au début de notre pratique des consultations prénatales orientées dans le sens du

dépistage de la syphilis, par la rareté des syphilis acquises, récentes ou anciennes en activité et par la folle fréquence des syphilis héréditaires latentes ou « camouflées ».

Depuis mai 1929, époque où a été créé à l'Hôpital de la Charité un centre de dépistage de l'hérédo-syphilis annexé à la consultation prénatale de la Maternité, nous nous sommes employés à soulever ces « camouflages » en appliquant toutes les notions anciennes et nouvelles relatives à la syphilis, notions que nous résumons dans ce travail, nous réservant de publier ultérieurement les résultats obtenus à cette consultation.

II. — Historique

Dans son rapport intitulé « Essais d'organisation de la prophylaxie de la syphilis congénitale » présenté au Congrès de Nancy en 1928 et dans la thèse de Mlle Yvonne MENNERET, Monsieur le Professeur COUVELAIRE nous expose une histoire fort intéressante de la prophylaxie de la syphilis en France.

Jusqu'en 1919 il faut reconnaître qu'on ne faisait rien ou presque rien pour enrayer le mal.

Au cours des XVme, XVIme, XVIIme siècles les pouvoirs publics prennent des mesures de repression contre les syphilitiques mais ne pensent guère à les soigner. Les maternités évitent de recevoir les femmes vérolées par crainte de contagion et on essaie d'une manière très rudimentaire de parquer ces malades dans des « bastilles de vérolés » comme le dit RICORD. Ces établissements : « les petites maisons » de la rue de Sèvres, les « salles de la miséricorde » à Bicètre au XVIIme siècle sont plutôt des prisons déguisées en hôpital où les malheureuses ne subissent guère que de mauvais traitements.

A partir de 1780 seulement on voit dans l'histoire de la syphilis se dessiner un mouvement social en faveur des femmes enceintes syphilitiques : COLOMBIER

et Faguer Desperrier, avec la collaboration de Lenoir, alors lieutenant général de police, font, de la maison seigneuriale de Vaugirard, un véritable centre de traitement pour femmes enceintes et nourrissons syphilitiques ; le traitement y a pour base une hospitalisation prolongée en raison de la multitude des gros accidents cutanés et muqueux dont ces femmes et ces nourrissons sont atteints, lésions de syphilis floride qui ne peuvent être traités au dehors de l'établissement.

Malheureusement les résultats sont déplorables malgré toute l'activité de Faguer et de Doublet, médecins de Vaugirard. Il en résulte que pour raisons d'économies, ce centre est transféré à l'hôpital des vénériens, aujourd'hui Hôpital Cochin, à proximité de la maternité de Port-Royal, nouvellement organisée.

Ceci nous amène en 1792 époque où Bertin assure les fonctions de médecin du service des vénériens.

Bertin, le premier, en 1810 dans son « Traité de la maladie vénérienne chez les femmes enceintes, chez les enfants nouveaux-nés et chez les nourrices » expose les notions générales de traitement qui, beaucoup plus tard, en 1900 devaient être reprises par Welander de Stockholm en vue de la création d'asiles (asiles Welander) où seraient soignés et surveillés médicalement pendant plusieurs années les enfants atteints de syphilis. Des institutions genre Welander se trouvent maintenant non seulement à Stockholm mais à Berlin, à Copenhague et à Paris (Montgeron annexé à la clinique Baudeloque).

Après la mort de Bertin, en 1828, l'esprit de Vau-

girard étant disparu, le service des nourrices syphilitiques de l'hôpital des vénériens est transféré à l'hôpital de Lourcine (aujourd'hui hôpital Broca) où Ricord officie sous le titre de « Chirurgien des nourrices ». Peu à peu cette maison maternelle se transforme, devient plutôt une maternité, puis disparait.

Les idées sur la syphilis évoluent rapidement, le XIXme siècle est fertile en acquisitions nouvelles sous l'influence d'Alfred Fournier. Ce dernier, en 1899, crée tout un programme de prophylaxie, que nous essayons seulement d'appliquer, il préconise le traitement ambulatoire dans des dispensaires spéciaux disséminés dans des hôpitaux.

Depuis 1900, Adolphe Pinard, Bar, Boissard, Potocki, Janselme et bien d'autres font de la syphilis un sujet de préoccupation intense et s'émeuvent de ce que les manifestations spécifiques relevées dans leurs services de maternité ne diminuent pas et, jusqu'en 1919, les maternités accusent sensiblement les mêmes déchets causés par la syphilis, les statistiques ne sont guère touchées par les beaux travaux d'alors relatifs à la syphilis : cela pour la raison bien simple qu'aucun traitement n'est institué systématiquement avant et après la fécondation.

Malgré l'activité déployée par Alfred Fournier, la lutte contre la syphilis demeure purement théorique jusqu'en 1919. Ce n'est qu'après la guerre, à l'époque où la syphilis accuse une forte recrudescence que l'opinion publique est vivement secouée et organise des ligues contre le péril vénérien.

Le professeur Couvelaire créa en février 1919, avec

l'aide du Docteur Marcel Pinard, en annexe de la maternité Baudeloque, un dispensaire « ouvert aux femmes gravides, aux mères nourrices et aux nourrissons, aux femmes déçues dans leurs espérances et voulant se préparer de plus heureuses gestations, ouvert même aux pères et aux enfants déjà nés ».

La grande innovation dans ce dispensaire a été la mise en œuvre d'un dépistage et d'un traitement ambulatoire et familial qu'une grossesse ou un accouchement révélait comme devant être nécesssaire.

Cet exemple a été suivi « l'idée du dispensaire de maternité a fait son chemin » ; les grands services administratifs de l'Etat, émus par les résultats obtenus, s'emparent de cette idée en 1920, l'érigent en institution officielle le 7 août 1921 et le Docteur Faivre, Directeur du service des maladies vénériennes, entreprend une active propagande pour la création de « Dispensaires antisyphilitiques rattachés aux maternités et aux dispensaires de puériculture ». Le Docteur Cavaillon poursuit l'œuvre commencée par son précédesseur et partout en France nous voyons se créer et s'organiser la collaboration des accoucheurs et des syphiligraphes pour le plus grand bien de l'humanité.

Nous sommes à la Charité de Lille un des nombreux agents de la lutte contre la syphilis et nous avons sensiblement la même impression que celle de Laurent, à Lyon, qui, en 1922, écrivait : « A la Maternité, en 6 semaines nous avons fait une besogne supérieure à celle de trois ans dans notre dispensaire général ».

III. — Rappel de quelques notions récentes relatives au tréponéma pallidum et à l'immunité syphilitique

M. LEVADITI a publié, en 1928, des travaux extrêmement intéressants dans lesquels il signale que le virus syphilitique comporterait un cycle évolutif dont le tréponéma pallidum ne serait qu'une des phases connues. Cette idée d'un cycle évolutif du tréponème avait déjà été envisagée ou soutenue par SCHAUDINN, BUSCHKE et FISCHER, MAC'DOUAGH ; mais LEVADITI a décrit toute une série de formes qu'il considère comme « des phases successives d'un processus involutif aboutissant au stade ultime granulaire et presque ultra microscopique du parasite de la syphilis ». Pour cet auteur ces formes seraient des stades de résistance assurant la conservation du germe durant les périodes latentes de la maladie.

Rappelons l'opinion de JEANSELME, LEMAIRE, SCHULLMANN, qu'il n'existe pas, dans la plupart des espèces animales d'immunité absolue vis-à-vis de la syphilis, chez les animaux dits réfractaires, l'infection reste latente, absolument asymptomatique ; la seule preuve de l'existence de la maladie étant la transmis-

sion à un témoin par inoculation d'un fragment ou d'un extrait ganglionnaire. Des souris et des rats reçoivent en inoculation des produits de raclure de chancres : aucune manifestation visible ne se produit, si l'on inocule dans le testicule du lapin des extraits de ganglions de ces souris on voit se produire un chancre syphilitique au lieu d'inoculation chez le lapin.

Uhlenbuth et Mulzer ont réussi par deux fois, à transmettre la syphilis au lapin en partant du sang de malades n'ayant aucun signe clinique ou humoral de syphilis.

Si l'on envisage maintenant les cas de syphilis dites asymptomatiques chez les animaux dont l'existence est prouvée par les recherches de Kolle, Evers, Prigge, Lépine, Otter, Bessemans, et si l'on s'inspire des diverses théories émises au sujet de cette question passionnante de l'immunité syphilitique on peut se demander si, chez l'homme, les cas de syphilis latentes ne peuvent être envisagés au même titre que les syphilis asymptomatiques animales.

Il n'est donc pas illogique d'admettre que chez l'homme tout comme chez certains animaux il puisse exister un état particulier provenant de ce que, par réaction tissulaire, cellulaire ou humorale, le virus syphilitique, trouvant un milieu peu propre à l'apparition du stade tréponéma pallidum reste dans le sang, ou ailleurs, sous un aspect sporulé, à un stade de résistance qui, cliniquement et sérologiquement demeure absolument silencieux.

Si l'on invoque certaines expériences relatives à des essais d'immunisation syphilitique expérimentale on est en droit de penser que la syphilis héréditaire est peut-être une époque de la maladie plus favorable au développement de cet état particulier qui fait que le tréponème existant dans le sang de la mère sous forme sporulée, reprend au contact de l'œuf, organisme nouveau, une virulence nouvelle avec apparition de tréponème du type Schaudinn.

IV. — Crypto-Syphilis Syphilis-Latentes

La syphilis acquise peut demeurer cachée ; nous rappellerons à ce sujet l'article du professeur E. BERTIN où il rapporte plusieurs observations de médecins, c'est-à-dire de gens avertis, qui présentent des réactions de WASSERMANN positives alors que rien ne justifiait la recherche de ces examens sérologiques avant l'apparition d'accidents obstétricaux chez leur femme.

M. TIXIER attire l'attention des pédiatres (Congrès de Paris, Octobre 1924) sur le fait suivant bien connu des syphiligraphes : après des années et même des générations de sommeil la syphilis peut, sans cause apparente, se réveiller sous la forme la plus virulente. Témoins ces enfants qui naissent sains alors que les aînés ou les cadets sont atteints ; témoins ces faits rares de syphilis virulente de 2me génération. Il rapporte le cas de cette jeune femme qui épouse un homme sain, le premier enfant est mort-né à 8 mois, le 2me enfant né prématurément présente des signes indiscutables de syphilis héréditaire ; or le grand-père maternel présentait une aortite avec antécédents précis et une réaction de WASSERMANN positive. Voici donc une syphilis de 2me génération transmise par un

intermédiaire qui, apparemment est d'une santé parfaite, les examens cliniques et les réactions sérologiques demeurant négatifs. N'y a-t-il pas là « syphilis asymptomatique » pour reprendre l'expression utilisée en syphiligraphie animale.

La syphilis largée conjugale de Lévy-Solal représente les cas de syphilis transmise du père au fœtus alors que la mère semble rester indemne. Cette forme de syphilis qui paraît bénigne pour la mère est particulièrement dangereuse pour le produit de conception. La fréquence des gros œufs y est remarquable et la réaction de Bordet-Wassermann peut être positive chez l'enfant et négative chez la mère.

La théorie de la « syphilis binaire » de Tarnowski dans laquelle, un enfant porteur de manifestations virulentes, issu d'un hérédo-syphilitique, implique que chez l'un des procréateurs est survenue une infection syphilitique nouvelle, a été vivement combattue et n'est pas admise par la grande majorité des auteurs. Ces cas de « syphilis binaire » seraient tout au moins rarissimes. Dans la « syphilis atavique » de Fournier où la maladie saute une génération, il faut admettre que, dans la génération qui échappe, le virus spécifique se maintient sous une forme atténuée, disons sporulée et nous serons d'accord avec la théorie du cycle évolutif du virus syphilitique de Levaditi.

Enfin, les cas où le diagnostic de syphilis ne peut être soupçonné chez les procréateurs que par l'existence d'interruptions répétées des grossesses successives ne sont pas rares. Les antécédents, tant héréditaires que personnels des géniteurs, ainsi que les réactions

sérologiques, demeurent négatifs, rien ne révèle la maladie chez les parents et cependant les grossesses ne peuvent jamais aller jusqu'à terme ou les enfants sont porteurs de stigmates — c'est à ces cas où rien de scientifique ne peut être invoqué, que Lévy-Solal a donné le nom de « syphilis de présomption ». Ces cas de syphilis de présomption sont admis par beaucoup d'auteurs et Lerédde, en 1925, écrit dans son rapport : « Il existe des formes beaucoup plus nom-
« breuses où l'infection ne peut être démontrée de
« suite. L'enquête clinique, familiale, les recherches
« de laboratoire révèlent des faits qui permettent de
« croire à la syphilis congénitale, non de l'affirmer au
« sens scientifique du terme ».

C'est l'épreuve du traitement qui seule permet de prouver l'origine des accidents obstétricaux. L'exemple suivant, signalé par Tixier, est typique : Multipare dont les 4 premières grossesses se sont terminées par un enfant à terme mort et macéré, 2 enfants n'ayant vécu que quelques heures, puis un autre macéré. Enquêtes cliniques et sérologiques négatives chez les parents et les grands parents; traitement intensif dès le 2me mois d'une 5me grossesse, il en résulte la naissance d'un enfant vivant très bien constitué et en parfaite santé un an après la naissance.

Rappelons aussi le cas de ces femmes qui propagent la maladie sans présenter aucun symptôme, femmes à qui Bory réserve le terme de « porteuses de germes ». Si ces faits existent pour la syphilis acquise ne peut-on pas admettre des choses semblables dans le domaine de l'hérédo-syphilis ? Il existe, sans aucun doute, des porteuses de germes en syphilis acquise,

germes probablement existant dans les voies génitales, il peut se faire qu'en syphilis héréditaire il existe des porteuses de germes dans le sang ou ailleurs. Il n'est pas impossible que certaines femmes présentent une certaine tolérance vis-à-vis du spirochète mais que celui-ci existe en elle sous forme d'ultra virus de virulence endormie, sous une forme sporulée, qui reprendrait sa forme classique et redeviendrait des plus virulents au contact d'un organisme nouveau, comme l'est l'œuf in-utero. Cette hypothèse expliquerait que des mères absolument saines en apparence puissent mettre au monde des enfants manifestement syphilitiques avec lésions en pleine efflorescence. L'hérédité paternelle peut certes être invoquée dans ces circonstances, elle est admise par Grancher, Audrain, Fruhinsholz et Paucot, mais niée par Carle-Ehrmann et Clément-Simon, mais celle de l'hérédité maternelle envisagée sous cet angle peut paraître acceptable. N'y a-t-il pas dans cet hypothèse un rapprochement à faire avec les expériences de Kolle, Lépine, Levaditi, Bessemans rapportées plus haut, portant sur les souris et les lapins — La mère serait un vecteur entre le syphilitique et l'enfant de 2[me] génération — Absolument comme dans la diphtérie, certains enfants très bien portants sont porteurs de bacilles de Loefler et les propagent autour d'eux au détriment des camarades qui ne possèdent pas l'immunité des premiers. Les études de Manouélian sur les nodules syphilitiques du cordon, lésions uniques, bourrées de spyrochètes qu'il est tenté de considérer comme étant l'accident primaire de la contamination fœtale et de la syphilis maternelle dite « *conceptionnelle* » sont

également à rapprocher des chancres contractés par l'homme mis en rapport avec la femme « porteuse de germes » comme l'admet Bory.

Monsieur Calmette interprète l'hérédité syphilitique comme l'hérédité tuberculeuse ct écrivait en 1930 : « Tout cela nous oblige à modifier radicale-
« ment nos conceptions sur l'hérédité tuberculeuse.
« Il apparait évident que la transmission directe du
« Bacille tuberculeux de la mère au fœtus est rela-
« tivement rare. Mais la transmission du virus tuber-
« culeux à l'état d'ultra virus est très fréquente. La
« transformation de cet ultra virus en éléments bacil-
« laires dans l'organisme du nourrisson peut ne pas
« s'effectuer, ou bien elle se réalise dans des influences
« probablement humorales qui nous échappent encore,
« ce fait en tout cas est désormais incontestable, la
« mère tuberculeuse, *comme la mère syphilitique,*
« imprègne toujours l'enfant qu'elle porte dans son
« sein de l'ultra-virus tuberculeux ou syphilitique qui
« est contenu dans ses propres humeurs et cette im-
« prégnation est plus ou moins intense, ses consé-
« quences pour la vie du fœtus ou de l'enfant sont
« plus ou moins graves suivant que cette imprégna-
« tion est précoce ou tardive, abondante ou ména-
« gée ».

Quoiqu'il en soit, des faits cliniques indubitables nous enseignent d'avoir à nous méfier et de rechercher beaucoup plus loin qu'auparavant des syphilis occultes dont le médecin ne soupçonnait pas l'existence avant ces constatations quelque peu angoissantes.

Entre les syphilis florides du type secondaire ou

tertiaire pour la syphilis acquise et les syphilis héréditaires absolument latentes il existe toutes les formes de passage et on est dans l'obligation d'admettre que cette maladie peut être à la base de syndrômes très variés. Aussi notre rôle est-il de la démasquer et de la dépister dans ses repères les plus lointains.

De toutes les théories ou conceptions diverses qui tendent à expliquer des faits cliniques des plus surprenants on doit conclure : 1° que la syphilis latente est beaucoup plus fréquente qu'on ne peut le croire ; 2° que tout enfant porteur de lésions spécifiques implique l'existence de la syphilis chez les procréateurs ; 3° que la gestation revivifie une virulence tréponémique endormie ; 4° que le médecin est incapable de pouvoir affirmer qu'une syphilis très ancienne qui parait s'être éteinte au cours de plusieurs générations ne se rallumera pas un jour ou l'autre chez les descendants sous les aspects les plus variés.

V. — Des signes de la syphilis héréditaire

Pour faire œuvre utile dans les dispensaires de maternité, l'accoucheur se doit de posséder outre les stigmates obstétricaux de la syphilis, les notions acquises en syphiligraphie. Il doit être averti des multiples masques de la maladie et y rattacher tous les éléments que la clinique ou le laboratoire ont démontré comme étant de nature syphilitique.

L'état actuel de nos connaissances nous oblige à interroger tous les organes en vue de dépister des localisations silencieuses et latentes de cette maladie et notre activité ne doit plus se borner à l'étude des lésions visibles et patentes.

Peut-être dira-t-on qu'en cherchant toujours la syphilis on finit par la découvrir partout : nous nous sommes prémunis contre le travers qui consiste à voir cette maladie dans beaucoup, sinon dans toutes les anomalies héréditaires que nous sommes appelés à observer. Chaque fois qu'un diagnostic de syphilis est suspecté nous nous appliquons à le confirmer par des faits multiples, par des recoupements et nous recherchons partout des éléments si possible indubitables —

jamais un incident clinique, sauf quand il est incontestablement syphilitique n'a été suffisant pour nous arrêter au diagnostic de syphilis : ce n'est qu'après enquête et raisonnement portant sur un faisceau de symptômes que ce diagnostic est apposé sur une fiche.

C'est dans le but d'envisager toutes les physionomies de la syphilis héréditaire que dans ce chapitre nous en énumérons les signes sans distinction ; les uns sont probants, d'autres sont très discutés — nous les réunissons de manière à pouvoir les rechercher chez nos gestantes, chez leurs enfants, leurs maris ou chez les autres membres de leur famille. Nous verrons combien la connaissance de ces signes est importante dans l'élaboration de l'« enquête familiale » et au cours des examens médicaux de la femme et de sa famille.

Signe d'hérédo-syphilis précoce

(A rechercher dans les antécédents personnels de la gestante, dans ceux du conjoint, chez les nourrissons).

Lésions cutanées et muqueuses :

Phemphigus, Syphilides cutanées, coryza précoce, Ulcère de l'ombilic (Hutinel).
Onyxis et périonyxis.
Alopécies en bandes ou fronto-pariétales.
Angiomes de la face (Brindeau).

Lésions osseuses :

Ostéochontrites — de la partie supérieure de l'humérus en particulier. (Signe de Wegner à l'autopsie).
Pseudo paralysie de Parrot.
Périostites ossifiantes.
Dactylite syphilitique.
Déformation du crâne :
Hydrocéphalie (A. Fournier).
Front olympien (Vaquier).
Front en carène (Pagé).
Crâne natiforme (Parrot).
Microcéphalie.

Lésions des os du nez et de la voute palatine (Péhu).

Rachitisme précoce syphilitique (Marfan).
(Avant 2 ans, frappe surtout les os du crâne — Craniotabès associé à la splénomégalie et à un degré marqué d'anémie).

Lésions dentaires :
Retard de l'éruption dentaire.
Carie précoce, décoloration sépia, marron, puis noir — chute de ces dents qui s'effritent facilement.
Sillons, rainures transversales au niveau du collet. Dents d'Hutchinson précoces.

Atrésie mandibulaire avec glossoptose de Robin.

Troubles gastro-intestinaux :

Hépatomégalie — Ictère précoce très accusé et tenace, associé à des hémorragies multiples, plus tard associé avec coryza ou lésions cutanées, vomissements, diarrhée, balonnement du ventre et dilation des veines superficielles, foie énorme, rate hypertrophiée, rarement ascite.

Néphrites précoces :

Aplasie rénale (Hutinel).
Œdème, anarsarque — oligurie.

Splénomégalie : plus souvent tuberculeuse que syphilitique.

Testicules hypertrophiés, durs.

Hydrocèle (très discutable).

Troubles cardio-vasculaires :

Lésions congénitales du cœur.
Circulation cranienne superficielle très apparente.
Anémie syphilitique du nourrisson.

Système nerveux :

Méningite.
Convusions (encéphalite syphilitique de BABONNEIX).
Syndrôme de Little.
Retard dans le développement de l'intellect.
Spasmophilie du nourrisson, laryngo spasme (MOURIQUAUD, BERTOYE, CHARLEUX).
Cri permanent du nourrisson.

Organes des sens :

Otite.
Surdi-mutité.

Mafomation ou anomalies :

Spina bifida.
Bec de lièvre.
Hypospadias
Exstrophie vésicale.
Syndactylie.
Macro-glossie (PAUCOT).

Signes d'hérédo-syphilis tardive

(A rechercher chez la gestante et chez tous les membres de sa famille).

Triade d'Hutchinson :

- Lésion oculaire :
  - Kératite.
  - Iritis.
  - Ophtalmie.
  - Cataracte bi-latérale.
- Troubles auriculaires :
  - Otite suppurée avec surdité consécutive.
  - Surdité brusque et intense sans cause appréciable.
- Malformations dentaires :
  - La dent d'Hutchinson.
  - La dent de Mozer.
  - Microdontisme.
  - Amorphisme dentaire — Dents striées.
  - Dents jaunes, carie précoce, taches laiteuses dentaires.

Lésions osseuses :

- Déformations nasales :
  - Nez en lorgnette de Fournier.
  - Nez camart.
  - Nez en pied de marmite.

Périostite des os longs :

Inégalités et nodosités de la surface de l'os — crêtes tibiales transformées en surfaces plates et larges — courbures tibiales en « lames de sabre ».

Hyperostoses symétriques similaires pseudo-rachitiques.

Gommes des os plats.

Ostéomyélite gommeuse :

Allongement ou raccourcissement des os avec amyotrophie.

Fractures spontanées.

Déformations pelviennes.

Dactylite syphilitique.

Axiphoïdie (Durozier).

Rhumatismes déformants de l'enfance.

Polyarthrites subaigües avec kératite de Gilbert et réaction B. Wass. +++ dans le liquide articulaire, alors que cette réaction peut être négative dans le sang — Polynucléose.

Hydarthrose double des genoux de Chetton.

Pseudo tumeur blanche syphilitique de Milian.

Lésions de la peau et des muqueuses :

Cicatrices commissurales des lèvres.

Pigmentation périphérique.

Lésions évolutives du type tertiaire (scrofulate de vérole).

Gommes cutanées.

Ozène.

Perforation du voile du palais.

Lésions linguales, (lésions muqueuses dont la destruction est le caractère dominant).

Tube digestif et annexe :

Gastrorragies.

Diarrhées rebelles. Mélœna.

Ictère chronique splénomégalique d'Hayem.

Lésions rénales :

Hémoglobinurie.

Néphrite syphilitique héréditaire tardive de Hutinel.

Néphrite hérédo-syphilitique hypertensive de Nobécourt.

Appareil respiratoire :

Dilatation des bronches.

Organes génitaux :

Sarcocèle syphilitique associé comme l'ont montré Hutinel et Lereboulet à de l'infantilisme et du nanisme.

Lésions ovariennes :

Règles tardives, intermittentes.

Stérilité.

Aplasie ovarienne (Hutinel).

Appareil circulatoire :

Rétrécissement mistral.

Hypertension artérielle infantile de Genévrier.

Aortite (Beretervide et Genévrier).

Système nerveux :

Altérations gommeuses ou scléro-gommeuses du cerveau ou des méninges.

Monoplégie.

Paraplégie.

Hémiplégie.

Diplégie.

Paraplégie spasmodique tardive syphilitique (Marfan).

Syndrôme de Little.

Epilepsie (50 % des cas sont syphilitiques pour Watson, Fraser, Babonneix).

Troubles intellectuels :

Arriérés mentaux.

Idiots.

Imbéciles.

Anormaux peureux ou sauvages.

Mongolisme (Dop, Lemaire, Minet, Porez, Carrengt, Barbaroux).

P. G. Tabès.

Syndrôme vagotonique de Laignel-Lavastine.

Troubles sensoriels :

Kératite interstitielle.

Atrophie optique.

Glaucome (hydrophtalmie de Lagrange).

Surdités (Hutinel et Babonneix).

Troubles labyrinthiques, cochléaires, vestibulaires.

Syndrômes endocriniens :

Dystrophie pluriglandulaire.
Dysplasie ovarienne (Hutinel).
Lésions testiculaires.
Insuffisance rénale (Pautrier).
Méningite basilaire (Lereboullet).
Syndrôme adiposo-génital.
Infantilisme.
Nanisme.
Gigantisme.
Lésions du tuber de Hutinel.
Acromégalie.
Maladie de Basedow.
Dystrophie thyroïdienne.

Sang et ganglions lymphatiques :

Syndrômes de Biermer.
Purpura grave (Hutinel).
Engorgements et suppurations ganglionnaires (Fournier).
Végétations adénoïdes précoces (Hutinel).
Tendance aux hémorragies (Rudaux-Hutinel).

VI. — Les stigmates obstétricaux de l'hérédo-syphilis

Sous cette appellation nous comprenons « les marques que l'hérédo-syphilis imprime à la gestation en créant des anomalies et en l'écartant du type physiologique ». Nous résumerons les notions anatomo-pathologiques et cliniques qui doivent éveiller l'attention et nous orienter vers le diagnostic de syphilis.

Rappelons que, d'une manière générale, la syphilis se localise volontiers sur le système circulatoire ; artères et veines sont les principales localisations spécifique. D'autre part l'œuf étant un organisme essentiellement vasculaire il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il soit un lieu d'attraction pour cette maladie.

Nous ne ferons que rappeler les lésions ovulaires dont la description a été fort bien faite par Fraenckel en 1873; puis par Smetz, Vallois, Pinard, Thomsen, travaux colligés et complétés par Schwab dans sa thèse, en 1896, et finalement mise au point par Brindeaux et Nattan-Larrier en 1906.

De ces études il résulte que l'œuf syphilitique présente dans l'ensemble une vascularite plus ou moins intense.

Le placenta est hypertrophié, il est plus lourd que normalement par rapport au poids du fœtus, il existe une dissociation fœto-placentaire. Normalement, à terme, le placenta pèse 6 ou 7 fois moins que le fœtus, dans la syphilis, on peut le voir atteindre le 5me ou le quart du poids fœtal.

Le placenta syphilitique est pâle, rosé, il est œdématié, d'aspect lavé ce qui l'a fait comparer au « hachis de porc » — il est très friable — les cotilédons sont volumineux, séparés par des sillons profonds qui expliquent l'aspect mamelonné de sa face utérine.

Le chorion est plus résistant que normalement, la caduque et épaissie et semble plus vascularisée. Au niveau du cordon on trouve des vaisseux indurés sur toute leur longueur (vaisseaux en fil de fer) mais le plus souvent cette induration est limitée en certains points d'où la formation des nodosités funiculaires, le cordon perd sa souplesse, il peut devenir cassant, ou se dissocier ce qui explique sa rupture spontanée. Microscopiquement les villosités sont hypertrophiées, dans leur ensemble les lésions dominantes sont des endartérites du type oblitérant ou végétant, les panartérites sont plus rares — les veines sont, en général, moins touchées que les artères, elles traduisent leur altération par des épaississements de leur paroi et par des distensions parfois considérables — les capillaires peuvent prendre un aspect angiomateux et sont noyées dans un stroma hypertrophié, œdématié qui subit la dégénérescence fibreuse, ce stroma est infiltré d'un liquide séreux, d'un caractère un peu spécial en raison de son aptitude particulière à fixer les colorants, il est

envahi par des cellules conjonctives hypertrophiées, rondes et granuleuses, parfois des hémorragies ou des plages de nécrose encombrent les villosités et leur communiquent un aspect particulier. Les spirochètes peuvent y être nombreux, mais s'ils sont fréquents dans le placenta fœtal, ils sont souvent très rares dans le placenta maternel.

Le chorion est toujours très touché, les lésions d'endartérite et de phlébite sont très marquées au niveau du chorion basal. L'amniœ présente un état inflammatoire décrit par Schwab, Pérez et Néris sous le terme d'amniotique syphilitique caractérisée par une infiltration leucocytaire plus ou moins accusée.

La caduque offre également des zones inflammatoires dans lesquelles les leucocytes se ramassent en amas, en nodules d'aspect pseudo-gommeux.

Les phlébites et endartérites funiculaires sont fréquentes, la phlébite domine le plus souvent avec lésions prédominantes, au niveau de l'endo-veine, amenant la formation de caillots qui obstruent plus ou moins complètement la lumière de la veine. La gélatine de Wharton est infiltrée, épaissie et sclérosée, l'amniotite funiculaire peut aller jusqu'à la rupture donnant liberté aux vaisseaux et au cordon un aspect dissocié.

Ces lésions sont loin d'être spécifiques et aussi bien au point de vue microscopique que macroscopique le placenta dit syphilitique peut se rencontrer en dehors de la syphilis — inversement l'absence de ces lésions ne doit pas faire rejeter l'hypothèse de syphilis — comme le dit Brindeau « leur réunion dans le même

placenta peut, tout au plus, faire pencher la balance quand le diagnostic clinique n'est pas certain ». L'excès de volume et de poids du placenta, les lésions d'endartérite et phlébite dont on a voulu faire des signes de premier ordre en faveur de cette maladie, dépendent de l'œdème ou de la macération et peuvent se rencontrer en cas d'albuminurie, de cardiopathie, d'accouchement avant terme ou de fœtus macéré.

Dans la syphilis contractée pendant la gestation l'hypertrophie placentaire ne s'observe que dans un tiers des cas environ. La syphilis floride non traitée en activité pendant la gestation donne presque toujours une exagération de poids du placenta et l'ensemble des lésions ovulaires signalées ci-dessus. Le gros placenta se rencontre dans la moitié des cas de syphilis anciennes. Enfin c'est dans une proportion de 55 fois sur cent que l'hypertrophie placentaire est attribuable à la syphilis.

Seule la présence du spirochète de Schaudinn permet d'affirmer l'origine syphilitique de ces lésions. Les travaux de Levaditi, de Wallich, Brindeau, Nattan-Larrier ont montré que le tréponème se rencontrait dans la caduque, dans le chorion, dans les villosités ou dans le sang des capillaires et dans les parois des vaisseaux. La recherche des spirochètes reste toujours difficile et ce n'est qu'une fois sur 10 environ qu'on les rencontre ; ils sont beaucoup plus fréquents dans le placenta fœtal que dans la partie maternelle de cet organe. Les travaux de Manouelian sur ce sujet sont des plus intéressants et nous ont montré que la veine du cordon était un lieu d'élection pour le spirochète. Dans trois observations, pour les-

quelles il a fait des préparations en série, on découvre non seulement le tréponème mais on assiste aux transformations de cet organisme sous l'action de leucocytes et des cellules endothéliales des vaisseaux qui deviennent de véritables macrophages. Le spirochète se déforme, se ratatine puis se morcelle et montre le rôle destructeur du placenta sur les spirochètes. Dans ces préparations on se rend très bien compte de l'action du spirochète sur les globules rouges fœtaux qu'il hémolyse. Enfin Manouelian a attiré l'attention sur le fait que la lésion funiculaire réduite à une très petite nodosité de la veine peut être la lésion unique d'une syphilis héréditaire. Dans ses trois observations cet auteur a trouvé un seul nodule de phlébite funiculaire avec fourmillement de spirochètes alors que, partout ailleurs, placenta, membrane, viscères du fœtus, aucune lésion syphilitique n'était visible et que la mère était saine en apparence, « ne serait-ce pas là l'accident primaire d'une syphilis décapitée ? ». Telle est la question posée par Manouélan. Ce qu'il y de certain c'est que nous devons maintenant rechercher systématiquement les indurations au niveau des vaisseaux du cordon et décrire à côté des lésions placentaires résumées plus haut, la lésion funiculaire que l'on pourrait appeler le « nodule de Manouélian », pour résumer d'un mot la notion de chancre (?) du cordon décrite par cet auteur.

Il convient de décrire un type de placenta totalement différent du précédent qu'avec Rudaux et Montlaur nous appellerons : « placenta atrophié syphilitique » lequel reléverait plutôt de l'hérédo-syphilis que de la syphilis acquise. Ce genre de placenta ne se voit

que dans les interruptions précoces ou prématurées de la grossesse, il est exceptionnel à terme et n'existe que dans les cas d'expulsion de l'œuf mort depuis plusieurs semaines. Le placenta atrophié syphilitique est petit, plat, de consistance ferme, rosé blanchâtre ; la surface utérine est lisse, les sillons de séparation entre les cotylédons n'existent plus, il présente des ilots plus ou moins nombreux de coloration blanc nacré qui ne sont autres que des infarctus blancs de volume variable, les bords de ce placenta sont plats et se continuent presque insensiblement avec le chorion. Cette description répond point par point à celle du placenta albuminurique et était attribuée, jusqu'en 1926, uniquement à l'auto-intoxication gravidique. Les travaux de Fruhinsholz, Abramovitz, Vermelin et de Hoche ont montré que ce placenta doublait ses lésions histologiques tout à fait comparables à celles du placenta syphilitique typique, d'un syndrôme clinique de syphilis héréditaire et s'accompagnait d'un fœtus mort ou vivant du type « araignée ». Nous reviendrons sur ce sujet lors de l'étude des albuminuries gravidiques d'origine syphilitique, mais retenons que, pour certains auteurs tout au moins, il existe à côté du placenta syphilitique typique un placenta atrophique dit « albuminurique » plutôt attribuable à l'hérédo-syphilis.

Interruption prématurée de la gestation

Avortement et accouchement prématuré

Parmi toutes les causes susceptibles de provoquer des avortements, la syphilis a toujours eu une place prépondérante. L'interruption prématurée de la gestation est une manifestation habituelle de cette maladie. Cliniquement les avortements dus à l'hérédo-syphilis se présentent sensiblement sous le même aspect que ceux déterminés par la syphilis acquise : brusque interruption d'une grossesse qui, par ailleurs s'annonçait comme devant être normale. Ces avortements se répètent, « découragent les femmes qui n'arrivent jamais à mener une grossesse à terme » et s'accompagnent souvent d'hémorragies.

L'interruption de la gestation liée à l'hérédo-syphilis s'observe à tous les âges depuis l'avortement ovulaire jusqu'à l'accouchement à terme. Une notion clinique se dégage des nombreux cas observés. C'est que, à l'inverse de l'interruption de gestation due à la syphilis acquise, les avortements ou accouchements prématurés liés à l'évolution de l'hérédo-syphilis ne suivent pas un ordre décroissant, l'apparition de l'enfant mort-né ne succède pas obligatoirement à la série des avortements et ne précède pas nécessairement l'apparition d'enfants nés vivants avec stigmates d'hérédo-syphilis.

L'hérédo-syphilis attaque et provoque la mort de l'œuf à une période quelconque de son évolution ; un avortement de deux mois pourra apparaître après la naissance d'un enfant né vivant mais porteur de lésions spécifiques. Le plus souvent c'est aux environs du troisième mois de la grossesse que l'avortement se produit, il est dû, très probablement, aux contractions prématurées de l'utérus, déclanchées à la suite des altérations du placenta et de la caduque rappelées précédemment, amenant une suppression plus ou moins complète des échanges fœto-maternels.

La mort du fœtus peut être expliquée par l'hypertrophie des villosités choriales qui finissent par diminuer considérablement la capacité des lacs sanguins, d'où inanition et asphyxie du foetus ; processus que l'on peut associer à la diminution du transit sanguin dans des vaisseaux présentant des lésions plus ou moins marquées d'endartérite ou de phlébite. Les lésions d'endartérite ombilicale pourraient être très précoces, apparaître dès les premières semaines de la gestation et provoquer la mort de l'embryon ; cette lésion est invoquée par Paucot dans la pathogénie de l'œuf clair. Hutinel a montré que l'hérédo-syphilis était à la base de certains états hémorragiques par altération des organes hématopoïétiques et du foie ; Rudaux estime que ces états hémophiliques interviendraient, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit, dans la mort du fœtus in utéro. Cette opinion expliquerait tout au moins, la fréquence des avortements et des accouchements prématurés du type hémorragique chez les hérédo-spécifiques.

En admettant que l'attaque de l'œuf par la maladie

soit peu virulente et que le fœtus continue à vivre, il aura au moment de l'accouchement une résistance plus ou moins diminuée vis-à-vis du traumatisme parturitif et de l'asphyxie physiologique contemporaine des contractions utérine du travail ; il résulte que, cliniquement, les hérédo-syphilitiques sont particulièrement fragiles et meurent très facilement pendant le travail. Alfred Fournier avait déjà attiré l'attention sur ces enfants qui présentent une « inaptitude à la vie » et chez lesquels aucun moyen d'investigation ne permet de découvrir la cause de la mort. Cette mort de l'enfant pendant le travail ou très peu de temps après l'accouchement, survenue sans raison apparente, doit donc retenir notre attention et faire songer à la syphilis. Il faut rechercher la syphilis chez les procréateurs ou chez leurs ascendants chaque fois que l'on est très embarrassé pour donner une explication au décès inopiné d'un enfant pour lequel, d'ailleurs, la responsabilité de l'accoucheur peut parfois être invoquée par un entourage déçu.

Si les contractions utérines expulsives tardent à se produire, l'œuf mort subit des altérations habituelles et variables suivant l'âge de la grossesse au moment de la mort de l'œuf et suivant la durée de la rétention (dissolution, œuf clair, momification, macération) il est admis par beaucoup d'auteurs que la syphilis et surtout l'hérédo-syphilis commencent par tuer le fœtus et que cette mort amène plus ou moins tôt l'expulsion de l'œuf. D'autres causes sont à invoquer avec plus de chances d'être vérifiées quand le fœtus est expulsé vivant.

Hydramnios

Paul Bar, en 1881, dans sa thèse sur la pathogénie de l'hydramnios a mis en évidence sa production par une syphilis ancienne, d'après cet auteur l'« hydropisie de l'œuf » résulte des lésions maternelles et fœtales qui siègent surtout au niveau du foie et des vaisseaux ombilicaux, « elles seraient comparables aux lésions spécifiques et auraient pour résultat une transsudation du sérum sanguin à travers les vaisseaux du cordon ».

Ces notions sont devenues classiques, elles ont été confirmées par Béringer en 1906 et plus récemment par Fruhinsholz et Abramovitz en 1928 qui, reprenant les observations de Larger tirent les conclusions suivantes : « l'hydramnios trouble fréquemment la grossesse des femmes hérédo-syphilitiques ; il constitue un stigmate obstétrical caractéristique de la syphilis de deuxième génération à tendance familiale élective.... Nous pouvons considérer l'hérédo syphilis comme une diathèse qui se maintient à l'état latent et muet et qui se manifeste de préférence à la faveur des grossesses en se traduisant par de l'hydramnios, caractère essentiel et stigmate d'une syphilis ancienne et atténuées ».

L'exagération de la quantité de liquide amniotique dans l'hérédo-syphilis ne doit pas nous surprendre étant donné ce que nous connaissons des lésions provoquées par cette maladie dans les diverses parties de

l'œuf. Les travaux de MANOUÉLIAN doivent retenir notre attention, ils pourraient expliquer l'hydramnios dans ces cas où la syphilis ovulaire n'est pas très accusée au niveau du placenta, cette lésion de phlébite funiculaire isolée, avec absence d'autres signes anatomiques chez le fœtus, et au niveau du placenta doit être envisagée.

D'autre part connaissant les influences excitatrices de la syphilis atténuée et connaissant le rôle secrétoire de l'amnios, bien mis en évidence par KEIFFER on ne s'étonnera pas que certaines cellules de l'amnios puissent voir s'exagérer leurs vertus secrétoires, par une amniotite atténuée.

Cependant ne considérons pas tous les hydramnios comme étant d'origine spécifique : toutes les circonstances déterminant la stase dans les vaisseaux du placenta, du cordon ou du fœtus peuvent être invoquées (circulaires, nœuds, stricture du cordon, par exemple, ou encore le diabète et les cardiopathies graves chez la mère.

Notre manière d'envisager l'hydramnios et les connaissances plus approfondies de la syphilis héréditaire nous permettra probablement de diminuer au-dessous de 44 %, chiffres donnés par P. BAR, les hydramnios crypto-génétiques.

Moles hydatiformes

Nous ne reprendrons pas la théorie pathogénique de la môle encore très discutée. Des éléments cliniques comme ceux d'E. Fournier et certaines lésions anatomiques doivent retenir notre attention. Keller fait jouer un rôle capital aux lésions vasculaires des villosites choriales de la môle. Durante, Langhans, Freund, Pellis, déduisent de leurs travaux que la môle est due à une altération profonde du système vasculaire de l'œuf, la fréquence des lésions d'endartérite oblitérante et l'œdème résultant d'une accumulation de matériaux nutritifs non puisés par le revêtement épithélial dans le sang maternel, peut être analogue à cette sérosité spéciale décrite par Brindeau et Nattan-Larrier dans les villosités du placenta syphilitique (liquide qui, pour ces auteurs, ne serait peut-être pas une simple sérosité à cause d'une tendance spéciale à prendre certains colorants). Il y aurait donc une certaine analogie entre les lésions histologiques du placenta syphilitique et celles de la môle ; de là à dire que la môle est d'origine spécifique il y a une trop grande distance pour que nous essayions de la couvrir — des travaux ultérieurs viendront probablement nous éclairer sur l'origine de la môle hydatiforme — maintenons cependant la nature syphilitique de certaines môles comme possible mais disons que cette variété de dégénérescence de l'œuf a encore aujourd'hui une origine inconnue.

Grossesse gémellaire univitelline

La grossesse gémellaire ne doit être considérée comme stigmate de syphilis que si elle est univitelline. Si la grossesse gémellaire bivitelline peut être envisagée comme étant le résultat « du hasard », l'univitelline au contraire est un véritable cas tératologique, du domaine de la pathologie. Les recherches de Bar, Hutchinson, Alfred Fournier, Marfan ont démontré l'origine syphilitique des grossesses gémellaires univitellines.

Deluca et Vidacovitch attribuent la production de jumeaux univitellins à la fécondation d'un ovule par des spermatozoïdes à deux queues et les grossesses triples par des spermatozoïdes à trois queues. Cette hypothèse explique la plus grande fréquence de l'hérédité paternelle des grossesses gémellaires.

Ces auteurs ont montré que les spermatozoïdes pluricaudaux existaient en grande quantité dans le sperme des syphilitiques et, d'après eux, ces anomalies permettraient d'affirmer la syphilis même en l'absence de réactions sérologiques positives. Ces travaux qui datent de 1918 sont à rapprocher de ceux plus récents de Louste, de Bertin-Breton et Nayrac, de Marcel Pinard, de Levaditi et Marcel Giraud, relatifs aux lésions d'orchite interstitielle et aux altérations de l'épithélium spermatique avec troubles de la spermatogénèse constatée chez les syphilitiques avérés. Il y a là, indépendamment des constatations cliniques, des arguments extrêmement forts en faveur de l'origine syphilitique de la grossesse gémellaire univitelline.

Les gros œufs

Les gros œufs se caractérisent par une hypertrophie de leurs parties constituantes, le gros fœtus s'associe au gros placenta et à un excès de liquide amniotique. Les gros œufs, s'ils évoluent chez des femmes de taille normale avec des géniteurs normaux doivent nous faire soupçonner l'existence de la syphilis.

Fruhinsholz et Abramovitz ont été impressionnés par le nombre considérable de gros enfants qu'ils ont noté dans leurs observations de femmes hérédo-syphilitiques. Les poids de ces enfants peuvent atteindre 5 kgs 500, 6 kgs et même plus comme dans les observations de Cazeaux (9 kgs) de Beach (10 kgs 773) et de Dubois (11 kgs 300) ce sont là des poids d'enfants gigantesques absolument exceptionnels — Dans le domaine de la pratique les gros œufs sont ceux chez lesquels le fœtus dépasse 4 kgs — dans ces cas le placenta atteint souvent le poids de 1 kg avec excès de liquide amniotique bien au delà d'un litre. La répétition de ces gros enfants chez la même femme ou dans une même famille est très fréquemment constatée, il doit donc y avoir avec l'hérédo-syphilis autre chose qu'une coïncidence d'autant plus que le fait d'accoucher de gros enfants est doublé d'autres stigmates de syphilis soit chez la mère, soit chez le père, soit chez les enfants antérieurs, notons encore la fra-

gilité relative de ces gros enfants qui, même lorsqu'ils sont extraits par opération césarienne, c'est-à-dire sans subir le traumatisme du travail, meurent souvent peu de temps après la naissance — nous pensons que le gros œuf doit être considéré comme un stigmate obstétrical de l'hérédo-syphilis.

Ici la syphilis, très atténuée par sa « filtration au travers de plusieurs générations », a perdu de sa virulence, à tel point qu'au lieu d'être inhibitrice elle devient excitatrice, n'avons-nous pas des exemples de ce genre au point de vue de l'activité cérébrale : la syphilis crée l'idiotie et l'imbécilité mais peut, dans certains cas, créer le génie. De même la toxicologie nous donne des termes de comparaison au point de vue de l'action de certains produits sur l'organisme.

Pour être plus sûrs de l'étiologie de ces « gros œufs » il y aurait lieu d'examiner de plus près et surtout au point de vue histologique les lésions placentaires, les vaisseaux funiculaires et les viscères du fœtus, et d'établir dans quelle proportion la nature syphilitique est absolument certaine.

Albuminurie gravidique et syphilitique

Le fait de découvrir une albuminurie chez une femme enceinte n'a rien que de très banal, pourtant, de l'avis d'un certain nombre d'auteurs, ces albuminuries peuvent être d'origine syphilitique.

M. Lemierre déclare qu'il n'a pu que très rarement affirmer une syphilis rénale et n'a vu que très rarement le traitement spécifique améliorer une néphrite. Cependant l'école Nancéenne, avec Fruhinsholz, Abramovitz, Hoche et avec eux Marc Rivière à Bordeaux, Couvelaire, Rudaux, Montlaur, Devraigne à Paris reconnaissent que l'albuminurie gravidique peut être de nature syphilitique.

MM. Fabre, Fochier, Vinay, Escher, ont décrit depuis plusieurs années le syndrôme d'« albuminurie gravidique à répétition ». Dans ces cas, écrit Vinay « les femmes ne présentent pas d'albuminurie dans « les intervalles de la grossesse, leur santé est généralement satisfaisante, mais à chaque grossesse, le « plus souvent dans le 4me mois. l'albumine apparait « dans les urines ; cette albuminurie, peu abondante, « ne cède pas au régime lacté, au bout d'un temps « variable, le fœtus meurt, sans que l'albuminurie « disparaisse, il est expulsé quelques semaines après « en état de macération plus ou moins avancée ; dès

« que l'utérus est vide, les urines redeviennent nor-
« males. Le placenta présente des altérations, il est
« aplati et dur, on y trouve des noyaux gris multi-
« ples. Au microscope il existe des lésions marquées
« de la caduque. La pathogénie de cette variété d'al-
« buminurie est peu connue. Fabre et Escher en
« font une maladie d'origine déciduale. Le traitement
« consiste principalement à surveiller attentivement
« la grossesse et, quand le fœtus est viable, à provo-
« quer l'accouchement pour avoir un enfant vivant.
« Fochier a obtenu ainsi plusieurs succès ».

En 1921, Devraigne constate que l'albuminurie disparait par la mise en œuvre d'un traitement par le cyanure de mercure chez une femme enceinte dont l'albuminurie était demeurée irréductible par le régime lacté.

En 1924, le Professeur Fruhinsholz présente l'observation d'une femme chez qui on pouvait soupçonner une syphilis héréditaire malgré des examens sérologiques négatifs et qui fit plusieurs avortements en suivant avec albuminurie, le traitement antisyphilitique permit à cette femme de mener une grossesse à terme avec enfant vivant non sans avoir présenté quelques crises d'éclampsie.

Garipuy et Bouhoure, de Toulouse, ont rapporté, en 1924, un cas d'albuminurie chez une femme enceinte et syphilitique, où le traitement spécifique fit merveille.

En Décembre 1925 Faugère publie l'observation d'une malade syphilitique qui avait fait des crises d'éclampsie.

Le 3 Novembre 1925 Marc Rivière rapporte à la Société d'obstétrique de Bordeaux deux cas typiques d'intoxication gravidique coexistant avec une syphilis acquise ou héréditaire. A la même séance, Péry résume une observation d'albuminurie abondante récidivante provoquant la mort du fœtus lors d'une première grossesse et la naissance d'un enfant vivant par accouchement provoqué au huitième mois d'une 2me grossesse. Cet enfant, peu après sa naissance, présente des troubles digestifs et de l'hydrocéphalie ; mis au traitement spécifique il s'améliore tandis que la réaction de Wassermann est positive dans le sang.

Un an après, Marc Rivière rapporte 16 nouvelles observations d'albuminurie gravidique coexistant avec la syphilis.

Enfin, la thèse de Vernier, en 1927, signale 14 observations dont 13 recueillies à la maternité de Baudeloque durant les années 1924, 1925, 1926, et une communiquée par Moreina, de Lisbonne. Rodriguès, en 1928, signale 7 cas inédits d'albuminurie gravidique et syphilitique recueillis à Lariboisière et à Beaujon. Montlaur et Rudaux, en 1931, déclarent qu'ils sont persuadés d'en avoir rencontré plusieurs cas.

La thèse d'Abramovitz, en 1928, au sujet de 7 observations d'albuminurie dont 2 accompagnées d'éclampsie, chez des femmes syphilitiques. épouse les impressions du Professeur Fruhinsholz exprimées en ces termes : « Il se pourrait bien que parfois l'un « et l'autre se réclament d'une cause commune à elles « deux supérieure. Je crois que la syphilis vieille, « l'hérédo-syphilis en particulier peut être en cause ;

« je crois que cette affection est capable de déterminer « simultanémnt chez la mère une fragilité ou même « une altération rénale et sur le placenta des lésions « de nature identique ». Nous avons décrit plus haut la variété de placenta dit « albuminurique » que Rudaux et Montlaur désignent sous l'appellation de « placenta atrophié syphilitique ».

L'école Nancéenne avec Fruhinsholz admet que ce placenta n'est pas toujours en rapport avec une albuminurie maternelle et que les altérations placentaires de ce genre doivent être mises sur le compte d'une syphilis. Pour ces auteurs, le « placenta atrophié » dit albuminurique serait un placenta hérédo-syphilitique relevant d'une syphilis ancienne vieillie « par son passage au travers de plusieurs générations », et atténuée dans sa virulence, en opposition au placenta hypertrophié « hachis de porc » qui relèverait d'une syphilis plus jeune et plus active. Ce placenta atrophié, dit albuminurique, constitue pour eux un stigmate obstétrical nettement caractéristique de syphilis héréditaire.

M. Devraigne dans son rapport à la conférence de la syphilis héréditaire se demande pourquoi certaines femmes n'ont jamais rien pendant leurs gestations et justifient la symbiose harmonique et homogène de P. Bar, alors que d'autres font des manifestations d'auto-intoxication gravidique. « Est-il ridicule, dit-il, de penser que beaucoup de cas de soi-disant auto-intoxication gravidique, dont la nature intime reste mystérieuse, ne puisse relever d'une hérédo-syphilis larvée ».

M. Hutinel, dans la thèse de Mlle Queslier, a

rassemblé 101 observations indubitables de néphrites hérédo-syphilitique tardives, et admet que la méïopragie rénale, résultant d'une atteinte du rein par une syphilis acquise ou héréditaire, se manifeste seulement à l'occasion du surmenage gravidique. Larget émet l'opinion que l'albuminurie est le résultat d'une aptitude spéciale qui dérive d'une auto-intoxication générale ayant la fécondation pour point de départ et il subordonne ces troubles à la dégénérescence.

Fruhinsholz remplace la notion assez vague de dégénérescence par celle plus nette d'hérédo-syphilis. Pour Ravaux l'hérédo-syphilis est à la base de l'auto-intoxication gravidique en permettant les perturbations humorales attribuées à des phénomènes de sensibilisation. De même dans l'éclampsie l'hérédo-syphilis présiderait à la création du terrain nerveux que certains auteurs exigent dans la pathogénie de cet accident.

Nous voyons donc qu'il doit exister dans certains cas d'albuminurie gravidique autre chose qu'une coïncidence avec la syphilis.

Retenons donc que la syphilis rénale est probablement plus fréquente qu'on ne le pensait jusqu'à ces dernières années, qu'elle peut ne se révéler qu'au cours de la gestation et amener avec elle les accidents ovulaires habituellement attribués à l'albuminurie et pensons encore à la syphilis chaque fois qu'une gestante présente des symptômes d'auto-intoxication gravidique.

La symptomatologie de l'albuminurie gravidique et syphilitique ne se distingue en rien du syndrôme albu-

minurique gravidique classique. Elle évolue dans certaines observations après un stade d'éclampsisme vers l'éclampsie vraie ; il est à remarquer cependant que dans cette variété d'albuminurie gravidique et syphilitique, la quantité d'albumine est souvent d'emblée assez considérable ; elle atteint souvent 4,7 et 8 grammes, une observation rapportée par ABRAMOVITZ signale 20 grammes — enfin ces albuminuries gravidiques et syphilitiques résistent au traitement habituel. Dans toutes les observations la mise au régime hypotoxique ne fait que diminuer l'albuminurie sans la faire disparaître.

Malgré ces quelques nuances classiques le diagnostic est souvent difficile, il doit reposer sur les notions suivantes :

1° Eléments fournis par l'enquête familiale très poussée et sur les stigmates d'une syphilis ancienne ou héréditaire.

2° Réactions sérologiques positives ou rendues positives par la réactivation.

3° Résistance de l'albuminurie au traitement habituel.

4° Amélioration jusqu'à la disparition de l'albuminurie sous l'influence du traitement antisyphilitique prudemment institué et à base de cyanure de mercure

5° Quantité de l'albuminurie qui est parfois très forte. Les albuminuries massives de la gestation éveillent l'emblée l'attention en faveur de la syphilis comme d'ailleurs en pathologie générale.

6° Existence de lésions fœto-placentaires spécifiques et stigmates d'hérédo-syphilis précoce ou tardive.

Mariages consanguins

Les mariages consanguins sont entachés de grandes réserves au point de vue des fonctions de reproduction. Pendant longtemps les anomalies surgissant au cours des grossesse ou chez les enfants issus de ces unions ont été admises et supportées sans qu'on puisse y apporter une explication admissible et un remède sérieux. Des séries de faits examinés de très près ont amené la conclusion suivante : la consanguinité ne fait qu'augmenter la valeur absolue des tares familiales. Ces tares superposables, puisque de même nature chez chacun des conjoints, s'ajoutent, s'exagèrent si elles étaient demeurées inaperçues jusqu'alors ou provoquent des accidents graves chez les descendants si elles étaient supportées par les procréateurs.

La population de l'île de Batz qui est de 1.200 habitants environ, se distingue par sa solidité, sa fécondité et son excellent état de santé ; or, depuis des siècles, les Batzois se marient entr'eux et appartiennent au plus à une dizaine de familles. De même dans l'île de Bréhat où la population est issue d'unions consanguines, et où l'indice sanitaire est très satisfaisant. On pourrait citer des communes entières où les mariages consanguins sont fréquents, sans qu'il en

résulte une pathologie spéciale. Dans l'art vétérinaire, les descendants de consanguins sont habituels, mais ici aussi, les reproducteurs sont soigneusement triés et exempts de tares.

Dans le domaine de la syphilis, les accidents liés à la consanguinité des procréateurs sont des plus nets. Il peut arriver qu'une syphilis vieillie, très atténuée, en « voie de dilution par son passage au travers des générations successives, se ravive par concentration à la faveur d'une union consanguine ». M. Fruhinsholz est convaincu que la « syphilis meurt et renait sans « cesse si on la suit dans le temps et dans une lignée « déterminée et que les unions entre produits d'une « même ascendance lui fournissent l'occasion de re- « souder ses débris disjoints dès lors qu'elle n'est pas « tout à fait morte ». Sur 7 mariages consanguins ayant donné 14 gestations, M. Fruhinsholz a observé 1 cas d'achondroplasie, 3 cas d'hydrocéphalie, 1 cas d'hypertrophie du thymus, 1 cas d'hydramnios, 3 cas de foetus macérés, 2 cas d'enfants morts en bas âge ; seulement 4 enfants vivants dont 2 à la suite de traitements arsenicaux. Il est à noter qu'il n'observa pas un seul cas d'avortement. Cette statistique est impressionnante par le gros déchet d'enfants et surtout par la fréquence des malformations, l'absence d'avortement semble indiquer que cette syphilis familiale était peu virulente, qu'elle n'attaquait pas violemment le produit de conception mais le touchait suffisamment pour perturber l'équilibre physiologique de l'œuf.

M. Fruhinsholz signale que la syphilis n'était plus appréciable cliniquement chez les procréateurs, en dehors de ces stigmates obstétricaux rien ne pouvait faire

soupçonner l'existence de la maladie et dans la plupart des cas les réactions sérologiques étaient négatives ; mais, ajoute-t-il, la bonne influence du traitement spécifique institué a démontré l'origine syphilitique des accidents.

M. Paucot déclare avec M. Fruhinsholz que les mariages consanguins rajeunissent et revivifient l'hérédo-syphilis et rapporte une observation absolument démonstrative :

Un ménage a eu dans l'ordre chronologique, trois avortements, un mort-né, un enfant à terme décédé à 2 mois et 5 filles apparemment bien portantes. A la troisième génération deux filles, les deux sœurs, épousent leurs deux cousins, les deux frères. Il résulte de l'un de ces mariages un enfant qui présente un front olympien, un nez en lorgnette et un gros foie ; de l'autre, la naissance de deux enfants, la première âgée de 3 ans est anémique, présente de l'asymétrie cranienne et de la polyadénopathie, de l'hépatosplénomégalie ; le second est myxédoemateux, a du strabisme convergent, des signes de néphrite, du spasme nutant latéral de la tête ; les réactions humorales sont positives.

Ainsi à la troisième génération la maladie semble éteinte, des mariages entre cousins se font, il en résulte 3 enfants signés et contresignés par la syphilis et le contraste est frappant entre les parents apparemment sains et les enfants manifestement syphilitiques.

Stérilité d'origine syphilitique

Des observations cliniques comme celles publiées par Fruhinsholz, Marcel Pinard, dans lesquelles des ménages d'anciens syphilitiques voient cesser leur stérilité sous l'influence d'un traitement spécifique ne sont pas rares.

Les travaux de Louste, Clément Simon, en 1921, Liégeois et Brysson, de Bertin et Breton, en 1926, relatives à des ca^s d'azoospermie d'origine syphilitique doivent retenir notre attention. De même, les lésions génitales décrites par Bertin, Nayrac et dans la thèse de Barbé, démontrant l'existence d'orchite latente, insidieuse, échappant à l'examen clinique, sont des plus intéressantes.

Les recherches n'ont porté jusqu'ici que sur le testicule, rien ne nous empêche de penser qu'il peut exister des faits comparables pour l'ovaire et d'admettre avec Louste la possibilité d'une syphilis ovarienne dont le seul signe serait la stérilité.

Abramovitz rapporte l'histoire d'une femme hérédo-syphilitique qui, toujours très irrégulièrement menstruée, fait un avortement gemellaire puis un accouchement prématuré, ce après quoi, elle devient aménorrhéïque et stérile.

Hutinel a décrit des aplasies génitales comme étant des manifestations de syphilis larvée.

Suivant l'hypothèse de Larger « la stérilité ne serait qu'un stade d'un arrêt du développement dont les autres étapes seraient marquées par l'avortement, l'accouchement prématuré et la mortalité infantile ». Il peut se faire qu'une syphilis très ancienne, estompée dans sa virulence agisse d'une certaine manière sur les cellules génitales femelles ; l'influence de la syphilis sur les spermatozoïdes est démontrée, pourquoi ne pourrions-nous pas admettre, en attendant des faits précis, que cette maladie puisse toucher les ovules — nous pensons avec Fruhinsholz, Marcel Pinard et Louste que certains cas de stérilité cryptogénétique peuvent être liés à l'évolution de la syphilis — les acquisitions récentes sur le cycle évolutif du virus syphilitique peuvent déclancher des hypothèses que l'avenir pourra peut-être démontrer.

Cette question posée au point de vue familial et social ne touche pas que les gynécologues intéressés par la stérilité, elle empiète aussi sur le domaine des obstétriciens chargés de dépister la syphilis partout où cette maladie peut se cacher.

En résumé la syphilis héréditaire obstétricale se manifeste en général comme la syphilis acquise mais il existe dans l'ensemble de ses manifestations un caractère d'atténuation qui donne plus de fréquence :

à l'hydramnios,

aux gros œufs,

à la grossesse gémellaire univitelline,

à l'albuminurie gravidique,

Et une forme de syphilis placentaire dite placenta atrophique.

Au point de vue clinique, nous ajouterons que ces syphilis vieillies et « atténuées par leur filtration au travers des générations » expliquent certaines stérilités, les anomalies dans la descendance de conjoints consanguins. Chez les enfants la syphilis héréditaire se manifeste surtout par des malformations et des troubles dystrophiques, à moins que, sous des influences encore inconnues, cette syphilis endormie ne se réveille en frappant les enfants de syphilis héréditaire floride.

⁂

M. Apert, dans le *Monde Médical* du 1[er] Mai 1925, a déclaré que « trop souvent la syphilis est affirmée sans preuves suffisantes », en présence de tous les signes rapportés dans ce qui précède on pourrait croire que la syphilis est partout. C'est ce qui explique que les médecins sont loin d'être d'accord au sujet de l'hérédo-syphilis.

En 1932, comme en 1890, à l'époque d'Alfred Fournier, les praticiens accusent encore les syphiligraphes de voir la syphilis partout. A ce sujet Chabassu écrivait en 1927 :

« Ardent reflet, reflet discret, l'hérédo-syphilis luit « sur cinq générations et s'y apaise, faisant le lit de « bien des choses. Elle gonfle toute la pathologie, et « jusqu'ici on ne lui a fait sa part qu'à regret, comme « on fait la part du feu. Les signes cliniques en sont « variés, du trait brutal au fond à ce qui n'est plus « qu'une atmosphère. L'accord est bien près de se « faire sur les stigmates des deux premières généra- « tions d'hérédo après une discrimination byzantine

« en signes probables et certains. Ils se lèvent, aisé« ment repérables, sur la route de tout observateur « non dépourvu de bon sens ».

« Le délicat problème ne recevra sa solution que « lorsque les yeux de tous les praticiens se dessille« ront. Alors seront morts les temps romantiques de « l'hérédité de la vérole, les jours héroïques paraî« tront, nous aurons une véritable attitude scienti« fique ».

Il reste bien entendu qu'un seul des petits signes de syphilis et surtout d'hérédo-syphilis pris isolément ne peut être considéré comme un argument patent de syphilis ; l'important est de constituer un faisceau auxquels on peut attacher l'étiquette de « syphilitisme » ; cette étiquette provisoire ne devient définitive, que si l'avenir ou des éléments d'enquête familiale viennent confirmer la présomption.

M. Vergely a bien exprimé comment il fallait comprendre et interpréter les anomalies et les symptômes signalés précédemment : « si M. Apert dit vrai lors qu'il est d'avis qu'il ne faut jamais baser sur la seule constatation d'une malformation isolée une affirmation d'hérédo-syphilis parce qu'on se tromperait dans la grande majorité des cas, il n'en reste pas moins vrai que l'accumulation de tous ces petits stigmates réunis, peut et doit, heureusement pour les malades, faire pencher la balance du côté où est la vérité ». Il n'existe pas de signes cliniques de certitude de la syphilis. Les signes examinés plus haut, n'offrent qu'une probabilité plus ou moins grande. Il faut savoir les interpréter, les rapprocher d'autres, les lire avec

bon sens et s'éclairer de tout ce que nous savons de la maladie avant de porter un diagnostic ferme. Notre rôle est d'accumuler le plus de signes possible afin de connaître le mal sous ses masques que nous savons être nombreux. Nos connaissances n'ont rien de mathématique, ici, comme souvent dans d'autres territoires de la médecine il faut faire œuvre d'artiste plus que de calculateur. C'est en nous appliquant à glaner le plus grand nombre possible d'arguments que nous aurons le plus de chance de ne pas nous tromper.

L'épreuve du traitement doit être un argument de premier ordre; certains diront que cette épreuve peut ne pas être anodine, nous croyons qu'un traitement bien dirigé et bien contrôlé ne pourra pas amener de gros accidents.

VII. — Valeur des réactions sérologiques

Nous ne reprendrons pas la discussion au sujet de la valeur des réactions sérologipues pendant la grossesse. M. Vignes a apporté aux débats une contribution très étoffée en 1927 et la thèse de Sabine Rekis, en 1930, est une mise au point dont nous tirerons les notions pratiques nécessaires à l'exercice du dépistage de la syphilis.

Les réactions sérologiques chez la femme enceinte sont un peu plus infidèles et doivent être plus suspectes qu'en dehors de l'état de gravidité en raison de la diminution de la formation de tous les anticorps et de l'action inhibitrice des pigments biliaires que l'on retrouve en quantité plus grande dans le sang de 80 % des femmes gravides. Dans le service de M. Couvelaire, les syphilis en pleine efflorescence donnent des réactions sérologiques positives dans 96 % des cas au lieu de 99 % en dehors de la gestation. Dans le sang de l'adulte issu de parents syphilitiques les réactions sérologiques sont très souvent négatives même dans les cas où l'évolution de l'œuf de 2[me] génération est troublée par des accidents. Dans les cas de

syphilis ancienne, avec manifestations évolutives les résultats sérologiques sont très voisins de ceux qu'on observe en dehors de la gravidité.

La syphilis est reconnue cliniquement chez 13 % des femmes qui se présentent à la consultation prénatale, les réactions sérologiques ne sont positives que chez 3 % de ces femmes. Chez les gestantes apparemment saines les réactions sérologiques ne sont positives que dans 1,5 % des cas. Dans la statistique de Rudaux et Montlaur, sur 4.337 gestantes les réactions sérologiques ne sont positives que dans 473 cas, soit 12 % environ ; alors que 1.000 femmes ont été reconnues comme syphilitiques certaines après examen clinique et enquête familiale, soit près de 25 %.

Les réactions sérologiques peuvent donner des résultats différents chez l'un et l'autre procréateur : elles peuvent être positives chez la mère d'un enfant positif et négatives chez le père, inversement, mais beaucoup plus rarement elles peuvent être positives chez le père et négatives chez la mère d'un enfant porteur de stigmates nets d'hérédo-syphilis.

Les réactions sérologiques faites dans le sang du cordon peuvent être très utiles dans la pratique du dépistage de la syphilis.

Les opinions sur la valeur de ces examens sérologiques sont encore très divergentes. MM. Trillat et Rousset, de Lyon, attachent une grosse valeur aux résultats fournis par la réaction de Wassermann dans le sang du cordon, et disent que la constatation d'un Bordet Wassermann positif dans le sang du cordon est un très gros argument en faveur de la syphilis

héréditaire et doit avoir comme conclusion un traitement énergique.

Rapelons que MM. Vignes et Gaté prétendent que le sang du cordon est anticomplémentaire et que l'hémolyse semble s'y produire d'une façon anormale. Fordyce, Routh, Rosen et Kilduffe ont montré que le Wassermann à la naissance pouvait très souvent et très vite changer de signe. L'américain Williams et l'anglais Fildes ont une opinion catégorique et refusent toute valeur à la réaction de Wassermann dans le sang du cordon.

Pour M. Chappaz, de Reims, le sang du cordon est beaucoup trop souvent négatif, quant à ses réactions sérologiques, le Hecht en particulier serait toujours négatif et cet auteur lui préfère de beaucoup le sang rétro-placentaire qui aurait des réactions sérologiques plus franches et plus justes que celles du sang prélevé au pli du coude.

Le prélèvement du sang rétro-placentaire n'est guère plus compliqué que celui du sang funiculaire et se fait suivant la méthode indiquée par Veit qui consiste à recueillir le sang demeuré à l'intérieur des membranes après la délivrance — ce procédé a l'inconvénient de ne pas être applicable dans tous les cas car la quantité de sang ainsi retenue dans les membranes est fonction du processus de décollement placentaire qui doit se faire suivant le mécanisme de Baudeloque ; elle dépend aussi de l'état de ces membranes — ce n'est qu'une fois sur trois que Chappaz peut recueillir « proprement » le sang rétro-placentaire.

Les réactions sérologiques sont cependant précieu-

ses au cours de la gestation mais elles n'ont de valeur que si on les considère comme un signe qui, rapproché de tous les autres permet de discuter la probabilité de la syphilis. Tout le monde admet aujourd'hui qu'une réaction sérologique négative ne signifie rien et qu'il serait de la dernière imprudence de se fier à cette négativité pour rejeter le diagnostic. D'autre part, pour qu'une réaction sérologique positive soit acceptable il faut que le signe de cette réaction soit fixe et contrôlée — une réaction positive est dite fixe quand une série d'examens sérologiques pratiquées à quelques jours d'intervalle sur le même malade donne les mêmes résultats positifs ; elle est dite contrôlée quand cet examen est vérifiée par d'autres réactions du même type ou d'un type différent, dans des laboratoires bien outillés, par un personnel très entrainé aux lectures de ces réactions — et à ce propos citons cette phrase de Ravaut : « une réaction de Wassermann ne vaut que par la signature qui l'accompagne ».

***

De l'étude qui précède se dégage une impression : celle que la syphilis et l'hérédo-syphilis surtout commencent à être beaucoup mieux connues qu'auparavant et que certains faits cliniques ont acquis une signification de la plus haute importance.

Malheureusement aucun critérium ne peut être établi, le diagnostic de syphilis demeure très difficile dans certains cas, surtout dans la pratique du dépistage de l'hérédo-syphilis, aussi nous serions d'avis, comme l'a déjà fait M. Couvelaire, de classer les cas de syphilis en 3 catégories :

Les syphilis certaines ;

Les syphilis probables ;

Les syphilis possibles ou de présomption.

Nous dirons *syphilis certaines* dans les cas où les symptômes constatés sont certainement, indiscutablement de nature syphilitique ; dans ceux où les antécédents personnels ou héréditaires de la gestante suspects d'être syphilitiques, sont doublés d'une sérologie positive et d'accidents obstétricaux pouvant être rattachés à la syphilis.

Les cas de *syphilis probables* sont ceux où il existe chez les ascendants et les descendants la notion de plusieurs anomalies pouvant être de nature syphilitique.

Doivent être classés parmi les cas de syphilis probables ceux où un seul accident obstétrical est doublé d'une affection très vraisemblablement syphilitique chez la gestante ou chez un membre de sa famille (mari, parents, enfants déjà nés).

Les cas où les réactions sérologiques sont positives avec accidents obstétricaux ou présence de stigmates chez les descendants.

Sous l'appellation de *syphilis possible* ou de précomption nous classerons les cas où existent dans les antécédents la notion unique d'avortements ou d'accouchements prématurés sans cause appréciable, de malformations fœtales, d'hypertrophie placentaire dans les accouchements à terme d'enfants normaux ou de polyléthalité infantile expliquée par des affections susceptibles d'être d'origine syphilitique, c'est dans cette catégorie qu'il faut classer les gros œufs, les morts d'enfants dits « inaptes à la vie » ou les interruptions prématurées des gestations quand l'un de ces accidents se présente isolément.

On se rend compte, avec une telle classification comment, en clinique, un cas de syphilis possible peut passer dans la catégorie des syphilis probables par l'adjonction, à un fait suspect, unique, d'un deuxième fait d'ordre familial ou sérologique et de là nous autoriner à déclarer syphilis certaine si l'épreuve du traitement spécifique supprime le symptôme ou fait cesser la série des accidents.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMOVITZ A. — La fonction et reproduction et les stigmates obstétricaux chez les hérédo-syphilitiques. (Thèse Nancy 1928, N° 383).

APERT. — La recherche de l'hérédité syphilitique (*Le Monde Médical*, 1er Mai 1925).

AUDRAIN. — La syphilis obscure, Paris 1911, *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph. Paris*, 1922, t. XXIX, p. 77.

BABONNEIX. — Syphilis héréditaire du système nerveux (Masson, 1930, Paris).

— L'hydrocéphalie syphilitique (*Monde Médical*, 1922).

— Mongolisme et syphilis héréditaire (*La Pédiatrie* 1922).

BABONNEIX et TIXIER. — (*Annales des maladies vénériennes*, Décembre 1912).

BALARD. — (*Gazette hebd. Sci. Méd. de Bordeaux*, 13 Décembre 1923).

BAR. — Pathogénie de l'Hydramnios (Thèse Paris 1881).

— Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (*Bull. de l'Acad. de Med.*, 1912).

BAR et DAUNAY. — Recherches sur le séro diagnostic chez la femme enceinte et l'enfant nouveau-né (*l'Obstétrique*, 1909, I, p. 188-260).

BARBÉ. — Thèse de Lille, 1930, n° 12. Syphilis Testiculaire.

BAYET (A.). — La lutte contre la syphilis en Belgique, son organisation et ses résultats. (Bruxelles 1926, *Ligue Nationale Belge contre le péril vénérien*, p. 62-80).

BAYRAS. — La transmission de la syphilis héréditaire (Thèse Paris 1925).

BENOIST. — Une consultation de prophylaxie prénatale (Thèse Paris, 1927).

BERETERVIDE. — Aortite et syphilis congénitale chez l'enfant (*Archives de Med. des enfants*, Mai 1924).

BERINGER. — De l'influence tardive de la syphilis sur la grossesse (Paris, 1906-1907).

BERTHIER. — Organisation d'une consultation et d'un traitement ambulant de la syphilis à la clinique d'accouchement Baudeloque. (Thèse Paris 1920).

BERTIN (E.). — Syphilis latente et grossesse. (*Presse Médicale* 3-3-1926).

BERTIN (E.) NAYRAC et BRETON. — Syphilis latente du testicule. (*Presse Médicale* 1931).

BERTIN et BRETON. — L'Azoospermie chez les syphilitiques (*Soc. biol. de Lille* 11-1-1926).

BERTIN (E.). — La vitalité des spermatozoïdes chez les syphilitiques (*Soc. de Biol.* Lille, 8-2-1926).

— Article « Testicule » du Traité de la Syphilis de Jeanselme.

— Titres et Travaux 1931. Lille.

— Azoospermie et les troubles de la spermatogenèse au cours de la Syphilis. Thèse d'Agrégation 1926. Morel Edit.

— A propos de quelques cas de syphilis conjugale. (*Bull. Soc. Française de Derm. et Syphil.*, Février 1926, p. 123).

BERTIN et SCHULMANN. — La stérilité syphilitique (*Presse Médicale* 35-4-1930).

BERTIN et GAYET. — Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann (*Revue de Médecine*, N° 5 et 9, 1910).

BLANC. — Contribution à l'étude de la syphilis larvée du nourrisson (Thèse Bordeaux 1925-1926).

BLOCH (M.). — La fièvre prolongée unique symptôme révélateur des syphilis anciennes méconnues (*Presse Méd.* 1924, p. 432).

BONDOIS. — Contribution à l'étude du dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations prénatales (Thèse de Lille 1930-1931).

BORRY. — A propos des syphilis occultes de la femme. La notion des porteuses de germes. (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.* 1925, p. 171.

BOUCHACOURT. — Hygiène de la grossesse.

BRINDEAU. — Syphilis placentaire (Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier) 1924, Vigot frères.

CABILLE. — Le dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations prénatales à Reims. (Thèse de Paris 1932).

CALMETTE. — L'Ultra-virus tuberculeux et l'infection bacillaire (*Bruxelles Méd.* N° 46, 14 Septembre 1930).

CARLE. — Les nouvelles lois de l'hérédo-syphilis. (*Presse Méd. du* 24-4-1920, p. 244).

— Quelques récents travaux sur la syphilis conceptionnelle (Annales des Maladies vénériennes 1926).

CATHALA (J.). — *Pathologie du Nourrisson* (Masson, Paris 1931).

CAVENGT. — Pédiatra espanola, Décembre 1925.

CAVAILLON. — L'organisation générale de la lutte contre la syphilis — Prophylaxie antivénérienne (Journées prophylactiques de Paris-Rouen, 19-21 Juin 1930).

CAVAILLON et NICOLAS. — Prophylaxie Sociale de la syphilis héréditaire (Annales des maladies vénériennes, t. XXII, Septembre 1927).

CAVAILLON et VIBOREL. — L'effort de propagande de la France pour combattre le péril vénérien. (Annales de l'Hygiène, Août 1927).

CARLE. — Données nouvelles sur la transmission héréditaire de la syphilis. (*Journal de Méd. de Lyon*, 1923).

CHAPPAZ. — Etude de sérologie comparative entre le sang du cordon et le sang rétro-placentaire. (*Obst. et Gyn.* 1928, t. XVII, N° 4, p. 283).

CHARMEIL. — Syphilis conceptionnelle (*Echo Méd. Lille*, 1904, p. 37-42).

CHATENEL. — Le passé des hérédo-syphilis tardives. (Thèse Paris, 1925).

CHEVALIER. — L'hérédo-syphilis latente des adultes sains en apparence. (Prat. Méd. Franç. 1926).

CHEVITCH. — Dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations de nourrissons (Thèse Lille 1927).

CLUTTON. — (The Lancet, 27 février 1886).

Cônférence. — de la défense Sociale contre la syphilis (Nancy 29-31 Mai 1928; Procès verbaux, Rapports).

Copenhague. — 1930, Assemblée générale de l'Union Internationale contre le péril vénérien.

COCHET-BALNEY. — Mortinatalité d'origine syphilitique (Thèse Lyon 1923-1924).

COMBY (J.). — Sur la fréquence de l'hérédo-syphilis chez le nourrisson (*Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1923 t. XXI, p. 401-409).

COUVELAIRE. — Création d'un dispensaire antisyphilitique à la Maternité Baudeloque. (*Presse Méd.* 4 Juin 1921, N° 45).

— Organisation du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis dans les maternités. (*Revue d'Hygiène et de police sanitaire*, 12-12-1922, p. 1095).

— La lutte contre la syphilis héréditaire (Journées de Paris-Rouen, 19-21 Juin 1930).

— La lutte contre la syphilis congénitale (Prophylaxie antivénérienne, Nov. 1930, p. 680-695).

— Essais d'organisation de la prophylaxie de la syphilis congénitale. (Rapport Nancy, Mai 1924).

— Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale dans les dispensaires annexés aux maternités. (*Revue d'Hygiène et prophylaxie sociales.* Nov. 1925).

— Prophylaxie de la syphilis congénitale (Revue Intern. de l'enfance, Juin 1930).

COUNIL. — Le dépistage de la syphilis à la clinique obstétricale de Janvier 1919 à Janvier 1929. (Thèse de Lyon, 1930-1931, N° 2).

COX. — La syphilis congénitale. (Southwestern Méd. Septembre 1924).

DAVID (A.). — Syphilis post conceptionnelle tardive. Transmission au fœtus. (Thèse Toulouse 1908-1909).

DAVID (R.). — L'hérédo-syphilis dans une consultation de nourrisson. (Thèse Paris 1923).

DEKEYSER. — Le dépistage de la syphilis chez la mère nourrice et le nouveau-né. (*Pédiatrie pratique*, 15 Déc. 1927, p. 330).

DELUCA et VIDACOVICH. — (Annales de gynécologie et d'Obs tétrique, 1919, N° 12, p. 722).

DEVRAIGNE. — Syphilis et Albuminurie Gravidique. (*Bull. Méd.* N° 55, Déc. 1928, p. 1419).

— Les consultations de femmes enceintes. (*Revue Philantr.* Paris 1925, t. XLVI, p. 97-103).

DUBOIS. — Quelques dystrophies localisées dans l'hérédo-syphilis. (*Annales de Der. et Syph.*, 1926).

DIETZ (P.). — Sur la syphilis congénitale dite héréditaire. (*Gaz. Méd. de Liège*, 1895, p. 460-462).

DUJOL (G.) et LAURENT (C.) — La lutte antisyphilitique dans les maternités. (*Loire Méd.* St-Etienne, 1922, t. XXXVI, p. 73).

DUJOL et LAURENT. — La collaboration de l'accoucheur et du syphiligraphe dans la lutte contre la mortalité d'origine syphilitique (*J. de Méd.* de Lyon, 1924, p. 215-229).

DUPIC (O.). — Prophylavie et traitement de l'hérédo-syphilis dans les maternités. (Thèse Paris, 1922).

DUPOUY (A. P. A.). — Dépistage de la syphilis. (Thèse de Bordeaux 1928-1928, N° 53).

DURANTE. — Môle hydatiforme. (*La Gynécologie* 1910).

FISSEUIL. — De la valeur du ganglion épitrochléen dans le diagnostic de la syphilis. (*Journal des praticiens*, XXXVIII, 1923, p. 416).

FOURNIER (A.). — Syphilis héréditaire tardive (1886).

— Hérédité syphilitique. (Paris Masson 1891).

— Les familles hérédo-syphilitiques. (*Gazette des Hôpitaux, Paris* 1893).

— Les syphilis ignorées (*Nice Médical* 1897-1898).

— Comment il faut concevoir la syphilis de nos jours (*Bull. Méd. Paris*, 1896, t. X, p. 411-423).

FOURNIER (E.). — Contribution à l'étude des dystrophies de l'hérédo-syphilis de 2me génération. (Congrès de syphilis, Paris 1900 et Thèse Paris 1898).

— Hérédo-Syphilis de 2me génération (Paris 1905).

— Syphilis héréditaire de l'âge adulte.

FRASER et WATSON. — (*Journal of Méd. Sci.* 1913, p. 640).

FREUND. — Môle hydatiforme. (Munch Med. Wochen, t. XLI).

FRUHINSHOLZ. — L'organisation de la lutte contre l'hérédo-syphilis. (Rapport à la Conférence Sociale de Défense contre l'hérédo-syphilis, Nancy 1928, Imp. Berger-Levrault).

— De l'origine syphilitique probable de certains placentas dits albuminuriques. (*Gynécologie et obstétrique*, 1928, t. I, p. 329).

FRUHINSHOLZ et ABRAMOVITZ. — Les stigmates obstétricaux chez les hérédo-syphilitiques (*Gynécologie et Obst.*, p. 500, 1926, t. XVI, N° 6).

GARIGNY. — Fonctionnement du service de prophylaxie anti-vénérienne à la maternité de Toulouse. (*Presse Méd.* 31-7-1926, p. 969. ,

GARIPUY et BONHOUR. — Néphrite syphilitique et grossesse. (Société d'Obstétrique et Gyn. de Toulouse. Séance du 28-5-1924).

GASTON (P. C.). — Syphilis héréditaire de 2me génération. (*Bull. Soc. Franç. de derm. Syph.*, Paris 1895, p. 367-373).

GAUCHER (E.). — La syphilis héréditaire (*Annales de Méd. et Chir. Inf.*, Paris 1904, p. 685-694).

— L'hérédité syphilitique paternelle et maternelle. (*Gaz. Méd. Belge*, Liège, 1910, t. II, p. 83-85).

— L'hérédo-syphilis à la naissance. (*Revue internationale de Méd. et Chir.*, Paris 1910).

GAUJOUX et FOULQUIER. — Observations sur la réaction de Wassermann en obstétrique. (*Revue Franç de gynéc. et obst.*, Nov. 1922).

Genève. — Congrès 1929.

GENÉVRIER et BREUNIEL. — Hypertension artérielle infantile et hérédo-syphilis. (*Bulletin Société de Pédiatrie de Paris*, 1924, t. XXII, p. 311-314).

GIRAUD (P.). — Stérilisation de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson hérédo-syphilitiques. (*Journ. de Méd.* Lyon, 1924, p. 125-129).

GOUGEROT. — Le diagnostic de la syphilis primaire. (Concours Méd. XLVI, 1924, p. 2253).

GOLAY. — Un nouvel argument en faveur de l'hérédo-syphilis paternelle. (*Annales des Mal. Vénériennes*, Janvier 1928, p. 8).

HANDON et GEORGI. — Le séro-diagnostic de la syphilis pendant la gestation (Zentralb für gyn. 25 Août 1923, p. 331).

HATA (S.). — Les ravages de la syphilis et sa prophylaxie (*Vie Méd.* Paris 1922, t. XXIV, p. 84-90).

HERMAN et KLAUDER. — Studies of the prenatal transmiss of syphilis (A. J. of the med. Sci. 1920 Mai 705).

HENRY. — (*Marseille Méd.* 5 septembre 1925).

HOCH. — Syphilis conceptionnelle (Thèse Paris 1929, N° 479).

HUTINEL. — Le terrain hérédo-syphilitique.

JAUBERT (E.). — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire chez l'enfant (Thèse Montpellier 1903-1904).

JEANSELME. — Traité de Syphilis (Paris 1931), G. Doin.

— L'hérédo-syphilis (Revue générale de clinique et thérapeutique, Paris, 1910. t. XXIV, 180-192).

— Mécanisme et caractères de l'hérédo-syphilis (Corresp. Méd. Paris, 1910, t. XXVII, N° 370, p. 15-17).

JEANSELME et LEFEBVRE (P.). — Fausses couches, mortinatalité, polyléthalité infantile ne sont pas toujours des signes indubitables de syphilis. (*Progrès Méd.* 1925, p. 1903).

KELLER. — Contribution à la genèse de la môle hydratiforme. (*Gyn. et Obst.* Paris, t. IX, N° 1).

KING. — Syphilis et gestation. (New Orléans Méd. and Surg. Journ. Mai 1924).

KNOX. — La prophylaxie anténatale. (*Soutern Med. Journ.* Juin 1924).

LAFFONT et MÊLE. — Contrihution à l'étude du Bordet-Wassermann chez la femme enceinte. (*Gyn. et Obst.* 1928, t. XVII, N° 4, p. 257).

LAGRANGE. — (*Revue d'ophtalmologie de Paris*, Juillet 1923).

LAIGNEL-LAVASTINE. — (Revue scient. 1926. Notes pratiques d'act. Méd., Novembre 1929).

LANGE et ANTOINE. — Triade d'Hutchinson et troubles endocriniens (*Gazette des Hôp.* 19 Sept. 1928).

LANGHANS. — Môle hydatiforme (Hegar's Beiträge, t. V.).

LARGER. — Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence (Thèse Paris 1907).

LAURENT. — La lutte antisyphilitique dans les maternités. (*Journal de Méd. de Lyon*, 5 Mars 1922, p. 135).

LAURENT et PEYROT. — Le dépistage de la syphilis dans les maternités (*Loire Médical*, Mars 1928, p. 132).

LEDOUX (E.) — Syphilis ignorée (*Revue Médic. de Franche-Comté*, Besançon 1907, t. XV, p. 17-21).

LEGRAND (C.). — Dépistage de la syphilis dans une collectivité ouvrière. (*La Médecine*, Déc. 1930, p. 237).

LE LORIER. — Dépistage obstétrical des crypto-syphilis. (Procès-verbaux des séances de la conférence de syphilis héréditaire, Paris, 5-10-1925, p. 187).

LE LORIER et GAYLIOT. — Dépistage obstétrical des cryptosyphilis. (*Annales des maladies vénériennes*, t. XX, 1925, p. 891.

— Grossesse et syphilis. (*Bull. Soc. Obst. et Gynec.*, 12-1-1925, p. 40).

LE LAURIER et GAILLARD. — Les crypto-syphilis et la recherche obstétricale. (Paris Méd. 1926).

LEMAIRE et LÉVY. — Les enseignements de la réaction de Bordet-Wassermann au point de vue de prophylaxie de l'hérédo-syphilis. (Paris Méd. 10-1-1925).

LEREDDE E. — La syphilis ignorée de la première enfance. Le problème des entérites. (*Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph.*, 1924, p. 18).

LEVADITI. — Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif ? (*Ann. de l'Inst. Past.* 1928 et *Bull. Acad. Méd.*, N° 30, 1927).

— Gommes syphilitiques et formes anormales de tréponèmes ultra-virus syphilitique. (Soc. de Biol. 1930, t. II, p. 477).

LÉVY-SOLAL. — La protection du fœtus et du nourrisson contre la syphilis. (Rapport à la conf. de la syphilis héréditaire, Octobre 1925).

— Syphilis de l'œuf du fœtus et des annexes ovulaires (*Paris Méd.*, 16 Juin 1923, N° 24, p. 537).

— Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire. (*Gynéc. et Obst.* 1923, t. IV, N° 94).

LHOMER (H. L. P.). — Recherches statistiques sur les conditions de transmission de la syphilis de la mère au fœtus. (Thèse Lyon, 1891-1922).

LIÉVIN (Mlle). — La syphilis ignorée. (Thèse Paris, 1897).

Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien. — Conférence de la Syphilis héréditaire, Paris, Faculté de Méd., 5-7 Octobre 1925. Procès-verbaux des séances et rapports.

LOUSTE. — La syphilis génitale occulte et la dénatalité. (*La Médecine*, Octobre 1932).

LUMIÈRE. — Néphrite chronique au cours de la gestation (Leçon Baudeloque 1924).

MANOUÉLIAN (Y.). — Tréponème pâle et Phlébite syphilitique. — Etude clinique et histo-microbiologique de la phlébite syphilitique prmitive de la veine ombilicale. (*Gyn. et Obst.* t. III. 1921 n° 6, p. 407).

— L'accident primaire de la syphilis conceptionnelle. (*Gyn. et Obst.*, t. XIX, 1929, N° 3, p. 61).

— L'accident primaire de la syphilis conceptionnelle. (*Bull. de la Société d'Obst. et Gyn.*, Paris 1930, N° 8, p. 336).

— Gomme syphilitique et formes anormales du tréponème. Ultra-virus syphilitique. (*Bull. R. Soc. de Biol.* 1931, t. II, p. 249).

— Un nouveau type de syphilis héréditaire. Leçon du jeudi à la Clinique Tarnier, 1931, Vigot fr. 1932, Paris, p. 235.

MARFAN. — Syphilis héréditaire. (Pédiatrie pratique, Lille 1909).

— Quatre leçons sur le rachitisme. (Le nourrisson 1922).

MENNERET (Yvonne). — Essai historique sur la prophylaxie médico-sociale de la syphilis congénitale (Paris 1928).

METZGER. — Considérations sur l'hérédo-syphilis en clientèle. (Leçon du Jeudi soir, Clinique Tarnier 1931, Vigot 1931).

MEYER (J.). — Le dépistage de la syphilis du nourrisson dans un dispensaire. (*Revue de l'enfance*, Août 1929, p. 452).

MILIAN. — Hérédo-syphilis de 2me génération (conférence clinique Baudeloque Chaluine 1923).

MINET et POREZ. — Mongolisme. (Réunion Méd. Chir. des Médecins de Lille, 1925).

MONNIER (M.). — De la syphilis héréditaire d'origine paternelle (Réfutation des théories actuelles. Paris Masson, 1908).

MOZER. — (Thèse Paris 1917-1918).

MOZER et CHENET. — Les stigmates dentaires dans l'hérédosyphilis ; la valeur de la cinquième cuspide. *Press. Méd.* Paris 1917, t. XXV, p. 541. *Odontologie* Paris 1918, t. LXI, p. 34-37).

NAYRAC et BRETON : Le testicule des paralytiques généraux. (XXXme Congrès des Neurologues et Psychiâtres langue française, 1930, p. 185).

NAYRAC, BRETON et BARBÉ. — Lésions occultes du testicule dans la syphilis quaternaire (R. Soc. Biol. Lille, 1929, p. 796).

NICOLAS et GATÉ. — (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 Mai 1927).

NOBÉCOURT. — Les premières étapes de la syphilis acquise chez les enfants. (*Pédiatrie pratique*, 5 Mars 1924).

— Hérédo-syphilis et gestation. (*L'Hôpital*, Février 1927).

— La syphilis infantile (*La Méd. Inf.* Septembre 1924).

NOBÉCOURT et BONNET. — Réaction de Bordet-Wassermann et syphilis chez les nourrissons, leur mère et les femmes en état de gestation. (*Presse Médicale*, N° 76, 20-10-1920).

NOBÉCOURT P. et SCHRIBER. — Mesures sociales de protection contre la syphilis et de protection contre l'enfant (*Médecine infantile*, Paris 1920, t. XXVI, p. 129-135).

PAGÉ. — Syphilis héréditaire et hydrocéphalie. (Thèse Paris 1924).

PAUCOT. — Enquête sur l'organisation de la lutte contre l'hérédo-syphilis (*Echo Méd. du Nord*, 1928).

— Dans quelle mesure l'hérédo-syphilis est-elle facteur d'avortements, de mortinatalité et de mortalité du 1er âge. (*Echo Méd. du Nord*, 1928).

— Influence de la syphilis héréditaire des géniteurs sur le produit de conception. (Journées Médicales Franco-Belges de la Faculté de Méd. de Lille, 10 Mars 1930 — Revue Française de gynécolo. Expansion scientifique française, Paris 1930).

PAUCOT et NUYTTEN. — Mariages consanguins. (*La médecine infantile*, Septembre 1928).

— Résultats obtenus par les consultations de grossesse dans la lutte contre la syphilis. (*Echo Méd. du Nord*, 1928).

PAUTRIER. — (*Bull. et Mémoires Soc. Méd. des Hôp.*, Paris 1923).

— Syphilis et grossesse. (*Monde Méd.* 1924, t. XXXIV, p. 153-156).

PEHU. — Sur le dépistage de la syphilis héréditaire dans la première enfance par la radiographie osseuse (*La pédiatrie pratique*, N° 19, 5 Juillet 1928, p. 174). (*La Presse thermale et climatique*, Mars-Avril 1928).

PELLIS. — Môle hydatiforme. (Thèse de Lausanne 1921).

PIERRE MARIE. — Travaux et Mémoires, Paris 1928, t. II, p. 218.

PINARD (M.). — Les syphilis que le bordet wassermann négatif fait méconnaître ; nécessité des enquêtes familiales. (*Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, XXXVI, 1921).

— De la syphilis chez la femme en état de gestation et chez le nouveau-né. (Rapport au Congrès de Montréal, 1926).

— Syphilis prénatale (C. R. Congrès de Montréal, Sep. 1922).

PINARD M. et VERNIER. — (Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, 4 Mars 1927).

PINARD M. DEGHIGNAUD et MOUQUIN. — La réaction de bordet wassermann au cours de la gestation (*Clinique et Laboratoire*, N° 5, p. 91).

POIRIER. — Wassermann et grossesse.

POLAUCO Rodriguez. — Albuminurie d'origine syphilitique chez la femme enceinte. (Thèse Paris 1928, N° 462).

POMERIS. — Le dépistage de la syphilis et de l'hérédo-syphilis dans un service de maternité. (Imprimerie les Presses Modernes, 45, rue Maubeuge, Paris 1928).

POWILEVIEZ. — Les albuminuries de la gestation. (Leçon Baudeloque 1924).

RAYMOND. — Le gros enfant signe d'hérédo-syphilis. (Thèse Paris 1929).

RÉCAMIER. — Troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique chez la femme. (*Annales des maladies vénériennes*, 1926).

REKIS Sabine. — La valeur de la réaction sérologique de syphilis au cours de la gestation et de la puerpéralité. (Thèse de Paris 1930).

RICHARD D'AULNAY (F.). — De la syphilis conceptionnelle. (Archives de Toxico. et de Gynéc. Paris, 1895, t. 22, p. 190-195).

RIBADEAU-DUMAS et FAIROY. — Atrepsie hérédo-syphilitique (*Le Nourrisson*, 1919).

RICHE (A.). — Syphilis héréditaire de 2me génération par géniteurs apparemment sains. (Thèse Lille, 1924).

RIOCREUX. — Syphilis héréditaire paternelle. (Thèse Paris 1888).

RIVIÈRE (Marc). — Note préliminaire sur certaines formes d'intoxication gravidique avec une syphilis acquise ou héréditaire. (*Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.* 1927. N° 2, p. 119).

— Quelques observations nouvelles de syphilis coexistant avec une albuminurie dite gravidique. (*Bull. Obst. et Gyn.*, 1928, N° 1, p. 47).

RONGIER. — Etude des épanchements articulaires de l'hérédo-syphilis tardive. (Thèse Paris 1924).

ROUSSY (G.) et LEROUX. — Diagnostic histologique et histobactériologique de la syphilis. (*Journ. Méd. Franç.* t. XII, p. 311, 1923).

RUBISTEIN. — Séro-diagnostic de la syphilis. (*Presse Méd.*, 26 Nov. 1924, p. 939).

RUDAUX et LE LORIER. — Origine syphilitique des malformations fœtales (Prix Capuron, Acad. de Méd. 1910).

RUDAUX et MONTLAUR. — Syphilis héréditaire et gestation. (*L'Hôpital*, Février 1927, Thèse de Potelmé).

— Dépistage de la syphilis. (Paris Masson 1931).

RUEFF. — Hérédo-syphilis de 2me génération (Thèse Paris 1925).

Salles. — Syphilis héréditaire précoce. (*Revue méd. de Normandie*, Rouen 1903, p. 417-422).

Secret (E.). — A propos du dépistage de la syphilis dans les maternités (Thèse 1928, M. Vigne, 13, rue de l'Ecole de Méd. Paris).

Simon (Clément). — Un cas d'hérédo de 2me génération. (*Bull. de dermatologie*, 1921).

— Questions de syphiligraphie. (Paris 1926).

Solari. — La syphilis au double point de vue méd. et social. (Thèse Paris 1899).

Spollman et Etienne. — Syphilis familiale. (*Annales de derm. et syph. Paris*, 1894, p. 311, 642, 644).

Tarnowski et E. Fournier. — La descendance des hérédo-syphilitiques (Congrès de Paris, 1900, v. 9 section derm. et syph. p. 318, 322, 360).

Tixier. — (Rapport présenté au 4me Congrès de pédiatrie de langue française, Paris, Octobre 1924).

— Les enfants syphilitiques (Paris 1931).

Tixier (Léon). — Les anémies (Flammarion 1923, Paris).

Toporhoff. — Contribution à l'étude du dépistage de la syphilis. (*Progrès méd.* 34, 25 Août 1928).

Trillat. — Excès de volume total du fœtus à trois grossesses successives et Syphilis Paternelle. (*Bulletin d'Obst. de Gynec.* 1925, N° 9, p. 730).

Trillat et Rousset. — Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon ombilical. (*Gyn. et Obst.*, 1928, t. XVII, N° 4, p. 264).

Troisfontaines. — Syphilis héréditaire de «me génération. *Journal des maladies cutanées* 1904).

Vacquié. — De l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique (Thèse Toulouse 1896).

VAYSSIÈRE. — Répercussion obstétricale de la syphilis des grands parents. (*Le Sud Médical et chirurg.* du 15-4-1924).

VERNES. — 12me Congrès de l'Alliance d'Hygiène Sociale, Rouen, Octobre 1922.

VERGELY. — La recherche de l'hérédité syphilitique. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1925, p. 599 C. et 11).

VERMEULIN. — Hérédo-syphilis de 3me génération. (Soc. d'obs. et gyn. Nancy 1927).

VERNIER. — La part de la syphilis dans les albuminuries de la gestation. (Thèse Paris 1927, N° 198).

VIARD (P.). — Notes sur le fonctionnement d'une consultation de dépistage de prophylaxie et de traitement des maladies héréditaires pendant l'année 1925. (*Progrès Méd.*, Paris 1926).

— Ce que l'on fait à l'étranger pour lutter contre la syphilis. (*Vie Méd.* Paris 1922, t. XXIV, p. 84-90).

VIDAKOWICH. — Espermatodiagnostic de la sifilis ; essaro de diagnosticar la siphilis médiante el estudio morfologico de los espermatozoïdes. (*Tribuna Méd.*, Rio-de-Janeiro, 1919, t. XXV, p. 137-141).

VIGNES. — Hérédité et pathogénie anténatale. (Leçons à l'école d'anthropologie. Edition du *Progrès Médical*, 1924).

— La réaction de Wassermann en pratique obstétricale. (Année obstétricale, Paris, Masson 1926). (Année Obstétricale, Paris, Masson 1927).

— Le dépistage de la syphilis chez la mère nourrice et chez l'enfant nouveau-né. (*La puériculture*, Janvier 1928, p. 23). (*Les Annales de l'enfance*, N° 22, Février-Mars 1929, p. 553).

VIGNES et GALLIOT. — La prophylaxie des accidents hérédo-syphilitiques dans les maternités parisiennes. (*Progrès Méd.*, 1923).

— Traitement de la syphilis à la maternité de Lariboisière. (Soc. Obst. et Gyn. Paris 1922).

WARTIN. — Les lésions de syphilis latente. (*The B. Méd. Jour.* N° 3579, 10-8-1919, 236).

XARTEL. — Essai sur la prophylaxie des maladies vénériennes. Fonctionnement de la consultation d'Aix-en-Provence. (Thèse Montpellier, 1924).

TABLE DES MATIÈRES

IMP. G. SAUTAI
— LILLE - PARIS —
TALENCE-BORDEAUX

CONFERENCES

